



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Intervenções de enfermagem na gestão da
ansiedade num grupo de pessoas com doença
mental**

Neuza Alexandra Pinto Coelho Nº 4708

2014

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

**Intervenções de enfermagem na gestão da
ansiedade num grupo de pessoas com doença
mental**

Neuza Alexandra Pinto Coelho Nº 4708

Orientador: Lúcia Vaz Velho

Co-Orientador: Domingos Malato

2014

“Acreditar que a pessoa em si é potencialidade, é o psicofármaco mais potente e, por isso, estimula a crescer”

Ferreira, M.E. (2005,p.12)

AGRADECIMENTOS

Antes de mais, quero agradecer a todos aqueles que, de algum modo, marcaram o meu percurso de aprendizagem no curso de licenciatura em enfermagem na saudosa Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Colegas, professores, orientadores do local de estágio, com os quais aprendi e me tornei na enfermeira que hoje sou.

Foi por acreditar na Enfermagem, crendo que é possível fazer mais e melhor, que resolvi ingressar no Mestrado em Enfermagem, Pós-Especialização em Saúde Mental e Psiquiátrica que actualmente estou a concluir. Tornam-se indispensáveis os agradecimentos às pessoas com as quais privei neste caminho, professores, colegas e funcionários do Pólo Artur Ravara e Calouste Gulbenkian.

Em particular, agradecer aqueles que sempre me acompanharam desde o início deste percurso e que comigo formaram uma equipa de trabalho nas mais diversas unidades curriculares. Ao Enfº André Maravilha e ao Enfº António Ferreira pelos momentos de boa disposição e alegria no trabalho e, por muitas vezes me terem ajudado a controlar os nervos que se apoderavam de mim. Pelos conhecimentos partilhados e, não menos importante, pelos lanches cheios de risos e bolos do caco que fomos partilhando ao longo do tempo de aulas.

Ao Profº Domingos Malato por estar sempre presente e disponível. Por toda a calma e ponderação. Pelo conhecimento transmitido e pelas orientações dadas sem as quais, seria impossível transpor para o papel o presente relatório. Por acreditar que detenho capacidades de trabalho e, por potenciar em mim o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Ao Enfº Chefe e toda a restante equipa do Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar onde realizei o estágio que permitiram que este ocorresse, apoiaram as minhas escolhas e fizeram com que fosse possível transpor para a prática as intervenções que tinha planeadas. Acima de tudo, agradecer aos meus orientadores neste local de estágio, especificamente ao Enfº Simão José pela paciência, pelo tempo

disponibilizado, pela confiança transmitida e pelo empenho em tornar rica a minha passagem por aquele local de estágio. Pelos conhecimentos que me transmitiu e por acreditar nas minhas capacidades enquanto futura EESMP. Pelos momentos de reflexão que me proporcionou em que analisávamos situações de cuidados e que tanto enriqueceram a minha aprendizagem.

Quero também agradecer aos clientes dos quais cuidei durante o meu tempo de exercício profissional e, concretamente, aqueles dos quais cuidei durante a realização do estágio. Clientes esses permitiram que eu adquira-se e desenvolva-se competências de EESMP e que demonstraram disponibilidade para participar no presente estudo, dando forma a este meu projecto de intervenção. Pelas partilhas que fizeram, demonstrando confiança em mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira e, contribuindo para o meu crescimento.

Não obstante, quero também agradecer à minha família e amigos pela compreensão que demonstraram ao longo deste meu percurso, motivando-me para a conclusão do mesmo. Aos meus pais e avós por terem feito de mim a pessoa que hoje sou e por continuarem a acreditar que a formação académica é muito importante para ter sucesso profissional. Em especial à minha mãe que, por muitas vezes, se ocupou dos meus afazeres, substituindo-me e, disponibilizando-me tempo para estudar e investir neste projecto académico.

A todos o meu mais sincero obrigado, as minhas palavras de apreço e carinho.

Neuza Coelho

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA ANSIEDADE NUM GRUPO DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

RESUMO

Introdução: Todos os indivíduos já experienciaram ansiedade a qual, muitas vezes, estimula a reagir perante determinada situação. Porém, quando ocorre sem razão aparente, não havendo resposta adequada para as tensões diárias, pode ser patológica. A terapia cognitivo-comportamental e o relaxamento muscular progressivo têm benefícios a este nível nomeadamente na diminuição da sintomatologia associada, prevenção de recaídas e efeitos secundários dos psicofármacos. Ajudam também na libertação de tensões e potenciam o viver de experiências gratificantes pela facilitação de respostas adaptativas. Os objectivos deste trabalho são: (1) desenvolver competências no âmbito da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria e (2) compreender o impacto de um projecto de intervenção de enfermagem (dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson) nos níveis de ansiedade de um grupo de pessoas com doença mental.

Metodologia: Este é um estudo quantitativo em que se procedeu à análise dos dados obtidos pela aplicação da STAIT – Y num grupo de pessoas com doença mental, recorrendo ao SPSS, na primeira das oito sessões do projecto e na última.

Resultados: Denota-se uma redução da ansiedade enquanto estado e enquanto traço. Antes da intervenção, o grupo apresentava uma média STAIT – Y1 de 55,75% e após de 42%. Face à STAIT – Y2, antes apresentava uma média de 56,63% e após 52,75%.

Considerações finais: Sabendo os benefícios que a intervenção desenvolvida teve nos níveis de ansiedade dos clientes, torna-se claro a pertinência do desenvolvimento deste tipo de projectos. Para tal é essencial a divulgação destes dados e o desenvolvimento de novos trabalhos.

Palavras-chave: Ansiedade, Intervenções de enfermagem; Abordagem cognitivo-comportamental; Relaxamento; Grupo; Doença mental.

NURSING INTERVENTIONS ON ANXIETY MANAGEMENT ON A GROUP OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

Introduction: Everyone has already experienced anxiety episodes which, most of the time, are triggered due to a specific situation. However, when an episode occurs with no apparent reason, due to having no suitable answer for and everyday situation, the origin can be pathological. Cognitive-behavioral therapy and progressive muscular relaxation techniques are beneficial and effective options namely for decreasing the associated symptomatology, prevention relapse and psychotropic drugs side effects. They also have a relevant effect on stress release and can potentiate the experiencing of gratifying experiences by the facilitation of adaptive responses. The objectives of this essay are as follow: (1) competence development on mental healthcare and psychiatry nursing and (2) to understand the impact of a nursing intervention project (group dynamics and Jacobson's progressive muscular relaxation techniques) on anxiety levels on a group of people with mental illness.

Methodology: This is a quantitative study on which a data analysis was conducted on the data gathered by the STAIT – Y application on a group of people with mental illness, with the help of SPSS, on the first and last sessions of a total of eight sessions of the project.

Results: Anxiety remission evidences as a state as well as a trait. Before the intervention, the group showed an average STAIT –Y1 of 55,75% and after that of 42%. Concerning the STAIT – Y2, before there was an average of 56,63% and after of 52,75%.

Final thoughts: Having in mind the benefits that the conducted intervention add on the anxiety level of the clients, it is clear the relevance of the implementation of this projects. It is essential the divulgation of this data and to continue to conduct these projects.

Keywords: Anxiety, nursing interventions, Cognitive-behavioral approach; relaxation; group; mental illness.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APA – American Psychological Association

CHBM E.P.E. – Centro Hospitalar Barreiro Montijo – Entidade Pública Empresarial

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

OE- Ordem dos Enfermeiros

Psiqu. - Psiquiatria

SNA – Sistema Nervoso Autónomo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STAIT –Y – State Trait Anxiety Inventory – Y

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UIDA – Unidades Internamento Doentes Agudos

LISTA DE TABELAS/ESQUEMAS/GRÁFICOS

Esquema 1 - Análise SWOT do Projecto de Intervenção em Enfermagem na gestão da ansiedade num grupo de pessoas com doença mental

Esquema 2- Cliente enquanto sistema (Teoria de Betty Neuman)

Tabela 1 – Competências do EESMP e locais de estágio

Tabela 2 – Dados obtidos pela aplicação da STAIT Y1 e STAIT Y2

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	13
1.PROBLEMÁTICA	16
2.CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO	21
3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
3.1. O stress de todos nós	24
3.2. Depressão e ansiedade	26
3.3. Intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade	28
3.3.1. Abordagem cognitivo-comportamental	28
3.3.2. Pressupostos de Yalom para intervenção em grupos	30
3.3.3. Relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson	33
3.4. Teoria dos sistemas de Betty Neuman – Quadro conceptual	36
4. METODOLOGIA	41
4.1. Finalidade e objectivos	41
4.2. Desenho de investigação	43
4.3. População e amostra	44
4.4. Critérios de inclusão	45
4.5. Critérios de exclusão	45
4.6. Métodos de colheita e análise de dados	45
5.CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO EFECTUADO	50
6.1. Desenvolvimento de competências de EESMP	50
6.2. Projecto de intervenção em enfermagem na gestão da ansiedade num grupo de pessoas com doença mental	57
6.2.1. Discussão dos resultados	63
6.2.2. Limitações do estudo e sugestões para investigações futuras	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA ESTÁGIO

ANEXO II: DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM

ANEXO III: FOLHETOS

ANEXO IV: ESTUDO DE CASO

ANEXO V: AUTORIZAÇÃO COMISSÃO ÉTICA

ANEXO VI: FORMULÁRIO CONSENTIMENTO INFORMADO

**ANEXO VII: INVENTÁRIO ANSIEDADE ESTADO-TRAÇO
(STAIT)**

ANEXO VIII: GUIÃO SESSÃO DE RELAXAMENTO

**ANEXO IX: PLANOS DE SESSÃO PROJECTO DE
INTERVENÇÃO NA ANSIEDADE**

**ANEXO X: DIAPOSITIVOS UTILIZADOS PROJECTO DE
INTERVENÇÃO NA ANSIEDADE**

INTRODUÇÃO

O presente relatório é o culminar de um percurso pautado por dúvidas e questionamentos, por altos e baixos, momentos de aprendizagem e momentos em que foi possível cimentar alguns conhecimentos anteriormente obtidos através da minha prática de cuidados enquanto enfermeira num serviço de Psiquiatria de agudos. De algum modo, foi esta mesma experiência de trabalho, que dura há aproximadamente quatro anos, que fez crescer em mim a necessidade e a vontade de ingressar no presente Mestrado em Enfermagem – Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria. Assim, é devido à sede de novos conhecimentos que me possibilitem uma melhor prática de cuidados, assente na qualidade dos mesmos, que me encontro a concluir o percurso que leva à aquisição e desenvolvimento de competências enquanto EESMP.

Sendo claro que, para a OE, o detentor do título de EESMP,

- “1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- 2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- 3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- 4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE,2011b, p.3).

Para o desenvolvimento das competências supracitadas, torna-se indispensável o mobilizar de outros enunciados descritivos da OE como sejam, as competências comuns do enfermeiro especialista, competências de mestre e, também, padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem os quais tiverem sempre bem patentes ao longo deste caminhar. Estando consciente que este é um pequeno passo no avançar da minha identidade profissional a qual deverá estar em crescente desenvolvimento, devendo estar marcada pelo investimento ao nível da formação contínua e pela assunção de

uma prática de cuidados reflexiva podendo esta passar por trocas com os pares ou, idealmente, por momentos de supervisão clínica.

É neste sentido que surge o presente trabalho como forma de aprofundar, reflectir e transpor para a prática algumas aprendizagens efectuadas nos momentos de aprendizagem em sala de aula. Acaba também por ser o reflexo do percurso que realizei no âmbito do estágio da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria bem como, as aprendizagens efectuadas no decurso do mesmo. Isto no sentido de desenvolver as competências necessárias para o planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que visem a adequação das respostas do cliente de enfermagem aos problemas específicos relacionados com a doença mental. O estágio que aqui reporto, decorreu no período compreendido entre 30 de Setembro de 2013 e 14 de Fevereiro de 2014, encontrando-se no anexo I um cronograma com algumas das actividades desenvolvidas e respectivos tempos.

Saliento que, o principal foco de atenção do trabalho desenvolvido tem por base não só as minhas preferências como também, as necessidades de aprendizagem que considere ter. Acabei por me focar nas necessidades que, diariamente, quer no contexto profissional quer no âmbito das minhas vivências pessoais, observo serem manifestadas pelos seres humanos. Mais particularmente, a vivência do fenómeno de ansiedade e as formas de lidar com o mesmo, nomeadamente, na promoção de estratégias de *coping* que visem a adaptação do ser humano, promovendo o equilíbrio saúde-doença. Tudo isto acaba por ter implicações ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença, muito em parte pelo desenvolvimento de intervenções de enfermagem que vão fomentar respostas adaptativas tendo por base intervenções de cariz socioterapêutico, psicossocial, psicoeducacional e, também, intervenções psicoterapêuticas o que vai ao encontro do preconizado pela OE no regulamento das competências específicas do EESMP e que citei acima.

Neste relatório começo por explicitar a problemática em estudo e caracterização dos campos de estágio. De seguida, desenvolvo o enquadramento teórico e quadro conceptual subjacente (teoria dos sistemas de Betty Neuman) a todo o trabalho desenvolvido onde foco aspectos relacionados com os conceitos de stress,

vulnerabilidade, depressão e ansiedade. Seguidamente dou a conhecer algumas das intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade, debruçando-me sobre a abordagem cognitivo-comportamental, a intervenção em grupos de Yalom e a técnica de relaxamento muscular.

No item que se segue destaco os aspectos metodológicos, onde incluo, entre outros, a finalidade e objectivos do trabalho e os instrumentos e métodos utilizados para a obtenção dos mesmos. Posto isto, desenvolvo aspectos relacionados com as aprendizagens efectuadas e com os resultados obtidos o que, passa por reflexões acerca do vivido e por uma análise estatística de alguns dos achados o que é feito através da utilização do SPSS[®], versão 22.

A norma bibliográfica utilizada foi a norma da APA.

1. PROBLEMÁTICA

Conclui o curso de licenciatura em enfermagem em Julho de 2009 tendo começado a trabalhar em Agosto do mesmo ano. Actualmente, exerço funções num serviço de Psiquiatria mais concretamente, num internamento de agudos, no qual estou há quatro anos (desde Novembro de 2009). Foi com alguma ambição que acabei por me envolver neste percurso de aprendizagem que leva à atribuição do título de EESMP. Baseando-me na ânsia de melhor saber e melhor fazer, na ânsia de adquirir mais competências em termos profissionais e pessoais que, inevitavelmente, se repercutam positivamente na minha prática de cuidados diária.

Neste caminho que me proponho percorrer acaba por ser muito importante ter em linha de conta a definição de enfermeiro Especialista com aquele que tem

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2011c)

Assim, o enfermeiro Especialista deve desenvolver as competências relativas ao enfermeiro de cuidados gerais tendo em vista os contextos de prestação de cuidados de enfermagem tal como, aspectos relativos à educação, aconselhamento e orientação dos clientes e pares e, mobilização, realização e disseminação de investigação que pode ser relevante para a prática o que releva a importância da elaboração deste projecto. Para a realização do mesmo resolvi analisar as necessidades que considere serem prementes para o meu local de trabalho e para as pessoas de quem cuido com vista a uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às mesmas. De igual forma, analisei as minhas necessidades de aprendizagem em termos pessoais e profissionais sobretudo porque acredito que, a identidade profissional, neste caso enquanto EESMP, se constrói na base de algum trabalho, pelo desenvolvimento de acções que levem à formação contínua e, tendo por pilares os valores, crenças e motivações pessoais.

A minha prática de cuidados num serviço local de psiquiatria, despertou-me para o impacto do *stress* e ansiedade vivenciados pelos clientes de enfermagem sendo que, na maior parte das vezes, a solução encontrada para estas situações passa pela administração de terapêutica previamente prescrita pelo médico assistente. Por outro lado, julguei essencial desenvolver competências e capacidades ao nível da intervenção em grupos, muito em parte por reconhecer em mim necessidades de aprendizagem a este nível o que pode estar relacionado com a pouca experiência que tenho na área em questão.

Dados mais recentes, referentes ao 1º estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos (excepto perturbações esquizofreniformes e delirante), datado do ano de 2013, indicam que, Portugal é um dos países europeus com maior prevalência anual de pessoas com este tipo de patologia, apresentando uma prevalência de 22,9%. É unicamente ultrapassado pela Irlanda do Norte, sendo este país o que lidera a tabela de prevalência de perturbações psiquiátricas. (Almeida & Xavier, 2013)

Sabe-se também que, o maior destaque vai para as perturbações da ansiedade (16,5%), particularmente para as perturbações fóbicas o que vem comprovar a pertinência do desenvolvimento do estudo relativo à problemática que aqui apresento. De salientar ainda que, em termos da distribuição por sexo, verifica-se uma maior prevalência em indivíduos do sexo feminino (cerca de 1929) comparativamente com os do sexo masculino (aproximadamente 1000). (Almeida & Xavier, 2013)

Flagrante é o facto que, das pessoas que participaram no estudo, apenas 14,4% tiveram acesso a cuidados de saúde. Na maioria, este tratamento foi levado a cabo por médicos de medicina geral e familiar (9,8%) sendo que, apenas 6,6% de indivíduos tiveram acesso a cuidados de saúde mental especializados. (Almeida & Xavier, 2013)

No que respeita à abordagem farmacológica, constata-se que, face a outros países da Europa, Portugal apresenta a maior taxa de consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. O nosso país apresenta um consumo de 96 fármacos deste grupo por dia, por cada 1000 habitantes enquanto países como a Dinamarca, a Noruega e a Itália apresentam, respectivamente, consumos de 31, 62 e 53. (Furtado, 2013)

Para além disso, está comprovado por alguns estudos que, desde 2000 até 2012, o consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em Portugal aumentou cerca de 6%.

Isto pode ter a ver com vários factores como seja, a utilização prolongada dos fármacos, novos utilizadores devido a melhor taxa de diagnóstico ou melhor acessibilidade aos medicamentos e, também, utilização mais alargada devido à introdução de novas indicações terapêuticas para este grupo farmacológico (p.e. indicações terapêuticas como relaxantes musculares e anti-epilépticos). (Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010; Furtado, 2013)

No entanto, há dados que vêm referir que, em 2012, a despesa do SNS com estes fármacos rondou os 17 milhões de euros destacando-se no entanto, uma diminuição dos encargos relativamente a anos anteriores o que pode ser explicado pelo facto de, cada vez mais existirem vários medicamentos genéricos o que acaba por diminuir o custo do tratamento por dia. (Furtado, 2013)

Não esquecendo que, o uso continuado do grupo farmacológico que tenho vindo a referir, tem riscos acrescidos para o próprio utilizador no sentido em que, aumenta o risco de habituação, tolerância e dependência o que se pode reflectir em síndromes de privação aquando da interrupção do tratamento. Para além disso, o seu uso crónico, tem efeitos nefastos nas capacidades psicomotoras o que pode aumentar grandemente o risco de fracturas e acidentes de viação, por exemplo. (Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010)

Depreende-se então que, no tratamento da ansiedade, faz todo o sentido mobilizar intervenções psicoterapêuticas que potenciem o bem-estar dos clientes de enfermagem, minimizando a ansiedade e, fomentando a sua capacidade adaptativa levando à manutenção da homeostasia. Conjuntamente, o médico pode optar por medicar com benzodiazepinas embora, idealmente, a sua utilização não deva exceder as 2-4 semanas. No tratamento da ansiedade pode também associar-se a toma de antidepressivos a qual se traduz na única abordagem farmacológica que poderá ser usada como tratamento a longo prazo. (Furtado, Ribeirinho & Gaspar, 2010)

Face aos dados epidemiológicos que mobilizei quer face à prevalência de perturbações da ansiedade e ao consumo de fármacos ansiolíticos, torna-se pertinente que os profissionais de saúde intervenham precocemente com vista a minorar o impacto que estas situações podem ter na qualidade de vida dos indivíduos. Os EESMP podem ter um papel preponderante nestas intervenções particularmente pela aplicação combinada de intervenções psicoterapêuticas e o método de indução de relaxamento

como seja o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson. De igual modo, surge-me como relevante a aplicação da técnica de relaxamento pelo próprio cliente após aprendizagem uma vez que tal, também se tem revelado benéfico para a diminuição dos níveis de *stress* e ansiedade. (Payne,2003)

Deste modo, as intervenções psicoterapêuticas visam aumentar no cliente o auto-conhecimento de si enquanto pessoa bem como, das suas vivências do fenómeno ansiedade, visando o incutir do desenvolvimento de estratégias de coping eficazes para a sua gestão. Por outro lado, o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson antevê-se como uma intervenção autónoma de enfermagem que poderá ter benefícios significativos para alguns dos clientes de enfermagem. Mais especificamente, poderá ajudar na libertação de tensões emocionais e no vivenciar de experiências gratificantes pela facilitação de respostas adaptativas que promovam a saúde mental e aumentem o *insight* o que, consequentemente, fará com que ocorra um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Após o descrito, considere-se pertinente determinar quais as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que se podem destacar na aplicação deste projecto tendo claramente em mente, o bem-estar da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. Para tal, fiz uso da metodologia inerente à análise SWOT¹.

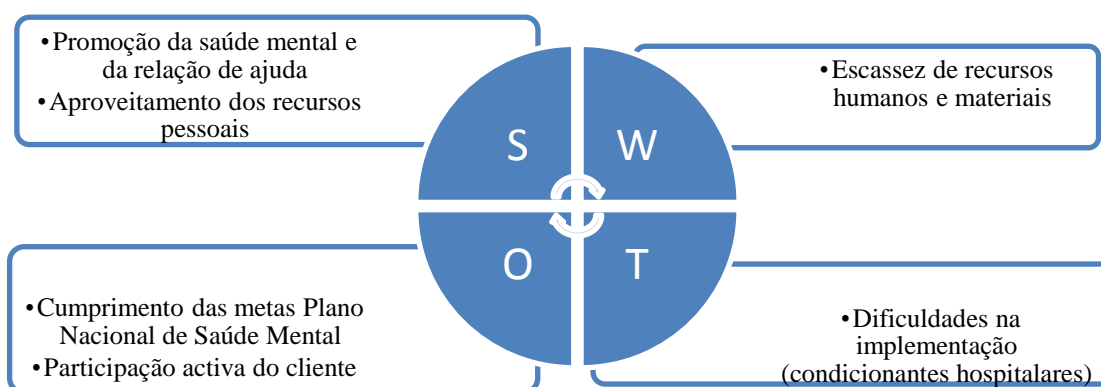
Desta forma, destaco como forças deste projecto o facto de visar a promoção da saúde mental, perspectivando-se uma diminuição do número de internamentos e reinternamentos face à problemática em estudo. De igual modo, tem enfoque na promoção da relação de ajuda e no aproveitamento dos recursos pessoais quer do cliente quer dos próprios profissionais de saúde, no que respeita à resolução dos problemas.

Como pontos fracos (fraquezas), destaco a maior escassez de recursos humanos e materiais que cada vez mais dificulta a implementação deste tipo de intervenções embora se almejem benefícios com a prossecução das mesmas. De igual modo, o projecto tem como principais oportunidades o cumprimento de algumas das metas do Plano Nacional de Saúde Mental, particularmente no que respeita à preferência pelas intervenções na comunidade, num meio o menos restritivo possível, o que acaba por ser mais efectivo e ir ao encontro das preferências dos utentes/famílias. Concomitantemente, neste projecto, contempla-se a participação activa do utente nos

¹ Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats

cuidados que lhe vão sendo prestados, quer no que respeita ao planeamento, quer à implementação propriamente dita, favorecendo-se o processo de recuperação (*recovery*). Aqui, é importante que o utente desenvolva a sua auto-determinação, identificando os seus problemas e, traçando um caminho próprio que levará à prossecução dos seus objectivos, mais especificamente direccionados para a gestão do fenómeno ansiedade. Neste caso, o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, será um mero elo facilitador de todo o processo, caminhando lado a lado com a pessoa alvo dos seus cuidados. (Ministério da Saúde, 2008)

Os condicionantes que podem ser impostos por chefias e administrações hospitalares, sobretudo face, à gestão dos recursos humanos e materiais, podem ser encarados como ameaças. Torna-se importante partir para a sensibilização das mesmas para a importância da implementação deste tipo de intervenções nos serviços de saúde mental e em outros serviços. Tal poderá passar pela realização de estudos de investigação que demonstrem o seu impacto ao nível do bem-estar dos clientes. Reforçando que, se torna indispensável investir em abordagens que visem intervenções em termos da ansiedade porque, como nos refere Schryer (1994, p.20), “Os estados ansiosos contribuem com 67% para a taxa de morbilidade psiquiátrica, com 18% para as admissões em hospitais psiquiátricos e com 43% para as consultas externas de psiquiatria”, o que aumenta os gastos inerentes a este tipo de patologia.



Esquema 1 - Análise SWOT do Projecto de Intervenção em Enfermagem na gestão da ansiedade num grupo de pessoas com doença mental.

2.CARACTERIZAÇÃO DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

Os estágios cujas aprendizagens são retratadas no presente trabalho, tendo em conta a sua contribuição para o desenvolvimento das competências de especialista em saúde mental e psiquiatria, foram realizados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de um hospital geral localizado na margem Sul do Tejo. Tal ocorreu após a autorização do referido serviço ao meu pedido de realização de estágio o qual foi realizado após comum acordo com o orientador da escola e a própria instituição formativa.

Considerei determinante a possibilidade que me foi facultada de passar por todas as valências do departamento (internamento, consulta externa e área de dia) pois foi uma mais-valia no sentido da melhor compreensão da dinâmica existente. Em cada local tive um enfermeiro orientador, todos eles especialistas em saúde mental e psiquiatria o que se tornou benéfico pois funcionaram como figuras de referência relativamente às funções que um EESMP deverá desempenhar na prática diária de cuidados em cada contexto específico. Porém, como será possível constatar no seguimento do presente relatório, atendendo aos objectivos por mim propostos para a realização do estágio, os maiores períodos de presença decorreram na área de dia e consulta externa de Psiquiatria.

Explorando as características de cada valência destaco a distinção entre os espaços físicos onde as mesmas se incluem. O serviço de internamento está incluído num dos edifícios principais do referido hospital enquanto a consulta externa de Psiquiatria se encontra num edifício anexo. Por outro lado, a área de dia funciona num espaço físico um tanto distanciado do hospital, localizado na periferia da cidade. Neste local, era onde antes funcionava uma unidade de utentes psiquiátricos de evolução prolongada que foi desactivada atendendo às políticas de saúde que visavam a desinstitucionalização dos doentes de unidades psiquiátricas passando os serviços de psiquiatria a funcionarem nos hospitais gerais. É projecto do hospital, centralizar a consulta externa junto da área de dia embora ainda não haja verbas destinadas para a execução das obras necessárias para tal.

Na globalidade, a equipa do departamento é jovem embora existam alguns elementos com formação especializada na área. No internamento, funcionam por equipas que são distribuídas por três turnos, manhã, tarde e noite. Na consulta externa e área de dia existem, por norma, dois enfermeiros escalados para o turno da manhã sendo este o único turno existente. Nestes dois últimos locais existem dois EESMP que coordenam ambas as unidades. De referir ainda, a existência de uma bolsa de enfermeiros, os quais vão circulando por todas valências, de acordo com as necessidades de cada local.

Em termos funcionais, tudo decorre dentro dos moldes estipulados e não se verifica a existência de qualquer atrito entre os elementos da equipa. Estabelece-se entre os elementos uma verdadeira parceria, pautada pela colocação plena do cliente como foco de todo o cuidar em enfermagem. Pude constatar também a boa interligação existente entre as várias valências do departamento sendo que os enfermeiros contactam quer pessoalmente, quer por e-mail ou telefone a fim de trocar informação sobre determinados clientes de enfermagem o que possibilita a continuidade dos cuidados.

Quanto a mim só posso dizer que fui extremamente bem recebida em todas as unidades que integram o departamento que tenho vindo a mencionar. Penso que me integrei bem na equipa sendo que a disponibilidade dos seus elementos contribuiu para tal. A minha postura junto da equipa também acabou por ser marcada pela abertura para aprender, interagindo com os profissionais com quem contactei e com os clientes de enfermagem. Foi-me permitido ter uma observação participante nos momentos de passagem de turno, e nalgumas dinâmicas de cuidados do internamento, como sejam as actividades terapêuticas realizadas com os doentes internados. Na consulta externa foi-me possível participar na consulta de enfermagem e na administração de terapêutica anti psicótica injectável. De igual modo, pude realizar algumas consultas de enfermagem em CIR, quer de triagem quer de colheita de dados ou seguimento. Na área de dia, realizei várias intervenções em grupo, que iam ao encontro dos objectivos por mim delineados para o presente trabalho. De igual forma, pude comparecer em algumas das reuniões multidisciplinares realizadas bem como, nas acções formativas que decorrem mensalmente no departamento, sendo realizadas por enfermeiros, médicos e/ou profissionais de saúde externos à instituição.

3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O cuidar é a base da disciplina de enfermagem. A sua transposição para a prática, implica investimento por parte do enfermeiro, implica desenvolvimento de competências nos domínios profissional e pessoal. Acima de tudo, pressupõe um bom conhecimento de si enquanto pessoa e enquanto profissional com identidade própria pautada pelo respeito dos valores inerentes ao Código Deontológico que rege a profissão. A construção desta identidade é um processo dinâmico que marca todo o desempenho do enfermeiro. É assinalada não só pela formação base em enfermagem como também e, sobretudo, pela formação contínua e especializada em determinada área do cuidar como seja a saúde mental e psiquiatria.

A minha escolha acaba por recair sobre esta área do saber muito em parte devido às minhas preferências em termos pessoais e também pela importância que julgo que o desenvolvimento de competências nesta área tem para a minha prática de cuidados. É certo que, como já tenho vindo a referir, actualmente exerço funções num serviço de Psiquiatria mas, considero que esta especialização é transversal a toda e qualquer especialidade pelo que se torna extremamente importante a presença de técnicos diferenciados na área em todos os serviços o que, está longe de corresponder à nossa realidade quer em contexto hospitalar quer comunitário.

A relação de ajuda acaba por ser uma das dimensões do próprio cuidado de enfermagem, estando-lhe inerente. Neste sentido, a competência acrescida na disciplina de enfermagem está intimamente relacionada com a prossecução de uma prática centrada no Outro e na relação com este. Compreendendo que subjacente a esta relação terapêutica está uma parceria entre os dois elos do processo, o cuidador e aquele que é cuidado, deve existir respeito pelas capacidades deste e, valorização do seu papel e potencial decisivo. (OE, 2001)

É claro que todos estes princípios devem estar presentes na prática de cuidados a qual deve ser determinada por um sem número de conhecimentos acrescidos. Assim, é

devido à necessidade de construção de um corpo teórico que fundamente a minha acção enquanto futura EESMP que surge este capítulo no presente trabalho o qual é a sustentação de tudo o que levei a cabo aquando da presença no campo de estágio.

3.1. O stress de todos nós

No seu dia-a-dia, os indivíduos deparam-se com várias situações às quais necessitam de se adaptar com vista a manter o equilíbrio saúde-doença (homeostasia) (Serra, 2000). Estas situações são causadas por forças denominadas *stressores* as quais podem ter por base: acontecimentos de vida traumáticos (p.e.: guerras, terramotos, violações), acontecimentos significativos da vida (p.e.: divórcio, morte de familiares) , situações crónicas indutoras de *stress* que se associam ao desempenho dos papéis do indivíduo (p.e.: conflitos com os filhos, cumprimento de prazos em termos laborais), micro indutores de *stress* (p.e.: filas de trânsito, exposição a fumadores), macro indutores de *stress* (p.e.: recessão económica, desemprego, aumento dos impostos), acontecimentos desejados que não correm (p.e.: dificuldade em engravidar) e traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento (Serra, 2003).

Quando a adaptação a estes *stressores* é feita com êxito, tudo não passa de “um pequeno sobressalto adaptativo e ocasional” (Serra, 2000, p.262) em que, muitas vezes, são mobilizadas estratégias anteriormente utilizadas em situações semelhantes e que foram bem-sucedidas. O problema pode surgir quando ocorre alguma situação com a qual os indivíduos nunca tiveram que se confrontar, o que pode exigir um maior esforço para restaurar a homeostase, levando ao desenvolvimento de sinais e sintomas que, vulgarmente, designamos por *stress*. (Serra, 2000)

Neste sentido, o *stress* deve ser encarado como um fenómeno multicausal que pode ser compreendido como um estado de ameaça ou a percepção por parte do indivíduo de uma ameaça (Varvogli & Darviri, 2011). Por sua vez, Lazarus e Launier (1978) cit. Ogden (1999) encaram o *stress* como uma transacção entre as pessoas e o meio ambiente. Vários autores têm diferenciado dois tipos de stress, o *distress* que é tido por perigoso e nocivo e o *eustress* que é positivo e benéfico para o indivíduo pois leva ao desencadear de uma resposta adaptativa sendo promotor do desenvolvimento pessoal motivo pelo qual, o enfermeiro, deve tentar capacitar o indivíduo para o desencadear deste tipo de reacções (Serra, 2000; Serra, 2003; Ogden, 1999).

De acordo com Serra (2003), o *distress* centra-se ou na ocorrência em si ou no indivíduo e, consequentemente, perturba a estabilidade deste. Nestes casos de instabilidade, a homeostasia pode ser re-estabelecida através de respostas adaptativas do organismo, isto é, mecanismos de *coping* cuja principal finalidade é reduzir ou eliminar emoções muitas vezes associadas ao *stress* (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004; Varvogli & Darviri, 2011).

Importa destacar que, ao fenómeno que tenho vindo a descrever são associadas algumas emoções as quais, segundo Levenson (1994) citado por Serra (2003, p. 227) são “fenómenos psicofisiológicos de curta duração que representam modos eficientes de adaptação às exigências colocadas pelo meio ambiente”. O mesmo autor descreve 15 emoções associadas ao *stress*, mais especificamente: cólera, inveja, ciúme, ansiedade, medo, culpabilidade, vergonha, alívio, esperança, tristeza, felicidade, orgulho, amor, gratidão e compaixão. A cada uma destas emoções está associado um significado sendo que, a ansiedade, a par com o medo, é centrada na segurança da pessoa, no seu papel no mundo e nos grandes temas da vida e da morte. (Serra, 2003)

No entanto, perante situações semelhantes, potencialmente indutoras de *stress*, os indivíduos podem apresentar diversas formas de reagir dado que, a sua capacidade para suportar as relações com o mundo e com os outros indivíduos é distinta (Serrão, s.d.). Isto tem a ver com a vulnerabilidade de cada indivíduo ao *stress* sendo isto, o produto da relação que se estabelece entre as forças e fraquezas da predisposição individual e a vida corrente, ajudando a reduzir ou aumentar o impacto do acontecimento (Serrão, s.d.). Existem vários factores que podem influenciar esta vulnerabilidade, como a rede social/de suporte, uma dieta equilibrada, a prática de exercício físico e características pessoais ou formas de lidar com determinados acontecimentos (Serrão, s.d.).

Através deste trabalho, procuro conjugar estes dois últimos saberes, tendo por objectivo minorar a vulnerabilidade dos indivíduos ao *stress* e à expressão da ansiedade enquanto emoção associada ao mesmo. Pretendo também, potenciar as respostas adaptativas, através do desenvolvimento de estratégias de *coping* que visem ser eficazes para os problemas apresentados pelos clientes.

3.2. Depressão e ansiedade

Autores como Montgomery (1993), enfatizam a estreita ligação existente entre a ansiedade enquanto fenómeno experienciado pelo ser humano e a depressão reportando dados epidemiológicos que revelam que cerca de 15% da população em geral sofre destas situações durante o período de um ano tornando-se difícil separar ambas as entidades nosológicas não só devido às suas semelhanças a nível fisiopatológico (alterações do sistema serotoninérgico) e terapêutico mas também por a ansiedade poder estar na base do desenvolvimento da depressão. Contudo, Telles-Correia & Barbosa (2009), apontam para uma prevalência de 18-35.1% das perturbações da ansiedade.

A este propósito, Baptista (1988) citado por Baptista, Carvalho & Lory (2005, p. 268) afirma que,

“Diversos rótulos verbais são utilizados para descrever um estado emocional desagradável de apreensão ou tensão, acompanhado por sintomas de activação fisiológica, como, por exemplo, palpitações, dificuldades em respirar, tonturas, suores, sensações de calor e frio ou tremores, desencadeados por uma ameaça real ou antecipada”.

Medo e ansiedade são os termos mais utilizados para designar este estado, sendo ténues as fronteiras entre ambos quando usados informalmente. As suas diferenças estão relacionadas com a presença/ausência de estímulos desencadeadores bem como, comportamentos de evitação (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). O medo ocorre na presença de um estímulo externo desencadeador que leva a comportamentos de fuga/evitação. Por sua vez, a ansiedade é “o estado emocional aversivo sem desencadeadores claros que, obviamente, não podem ser evitados” (Baptista, Carvalho & Lory, 2005, p.268). Enquanto o medo é uma emoção básica presente em todas as culturas, espécies e idades, a ansiedade é uma mistura de emoções podendo variar ao longo do tempo e/ou de acordo com os desencadeadores sendo por isso, de difícil definição (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

Há largos anos que diversos autores se têm debruçado sobre a definição de ansiedade. Landré-Beauvais, em 1813, referiu-se à ansiedade como um certo mal-estar, inquietude e agitação excessiva. Já Darwin, em 1873, mencionou que a ansiedade era

comum a todas as espécies animais funcionando como um mecanismo adaptativo para lidar com as ameaças e lutar pela sobrevivência (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Centremo-nos contudo, na classificação da NANDA que nos diz que, a ansiedade é um

“Vague uneasy feeling of discomfort or dread accompanied by an autonomic response (the source often nonspecific or unknown to the individual); a feeling of apprehension caused by anticipation of danger. It is an alerting signal that warns of impending danger and enables the individual to take measures to deal with threat.” (Johnson et al, 2006, p.62).

Todos os indivíduos já vivenciaram em alguma fase da sua vida sentimentos de ansiedade os quais podem ser pautados por alterações do sono, alterações do apetite, dificuldades de concentração, inquietação e sintomas físicos como o aumento da frequência cardíaca, tensão muscular, palpitações, suores, urgência urinária, entre outros. Em certas ocasiões é normal que tal aconteça e, muitas vezes, é isso que nos estimula a reagir perante determinada situação, é a chamada “luta ou fuga” (Montgomery, 1993). Contudo, a ansiedade pode ser patológica, quando ocorre sem qualquer razão aparente, “nos casos em que a ansiedade é tal que já não há resposta adequada às tensões do dia-a-dia, do trabalho ou das relações (...)” (Montgomery, 1993, p.23). Nestas situações, pode estar subjacente um transtorno da ansiedade como, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação Obsessivo-Compulsiva e stress pós-traumático (American Psychiatric Association, 2002).

Actualmente, existem vários modelos de ansiedade os quais se baseiam numa relação dicotómica, perspectivando a ansiedade enquanto resposta emocional *versus* a ansiedade como resposta a um estímulo (Telles-Correia & Barbosa, 2009). No modelo de ansiedade de Goldstein, a ansiedade corresponde à percepção subjectiva que o indivíduo detém sobre determinada situação catastrófica sendo esta, qualquer situação considerada como ameaça à existência daquele (Telles-Correia & Barbosa, 2009). No modelo transaccional do *stress* de Lazarus, a ansiedade é vista como orientada para um estímulo surgindo após o indivíduo o avaliar como potencialmente stressante sendo os seus recursos insuficientes para lhe fazer face (Odgen, 1999; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Por sua vez, no modelo de ansiedade Traço/Estado desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e, posteriormente por Spielberger (1972), podemos considerar dois aspectos distintos da ansiedade. Um enquanto estado emocional

transitório (ansiedade estado) e o outro enquanto estado mais duradouro, associado à personalidade dos indivíduos (ansiedade traço) (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

3.3. Intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade

A abordagem terapêutica da ansiedade inclui a terapia farmacológica, mais comumente com benzodiazepinas e antidepressivos e, algumas abordagens de linha mais psicológica com particular destaque para a abordagem cognitivo-comportamental, a qual abordarei de seguida.

3.3.1. Abordagem cognitivo-comportamental

A terapia comportamental começou por ser desenvolvida nos anos 50 enquanto a terapia cognitiva surge em meados dos anos 70. Como resultado da integração dos princípios subjacentes a ambas, surgiu a terapia cognitivo-comportamental a qual, nos últimos anos, tem sido comprovadamente eficaz no tratamento de vários problemas comportamentais e emocionais (Hazlett-Stevens & Craske, 2002).

A abordagem cognitivo-comportamental fundamenta-se no facto de existir uma relação entre as cognições e os comportamentos dos indivíduos na medida em que estes se influenciam mutuamente (Townsend, 2011). Neste tipo de intervenção, “Os procedimentos (...), [são] orientados para o comportamento, servem para ajudar os clientes a aprender estratégias comportamentais mais adaptativas, que vão, por sua vez, ter um efeito mais positivo sobre as cognições” (Townsend, 2011, p.304/305).

Neste sentido, as disfunções são entendidas como mecanismos de aprendizagem e processamento de informação sendo a abordagem acima referida directamente voltada para o comportamento humano (Hazlett-Stevens & Craske, 2002). A mudança acaba por ser o efeito das novas aprendizagens que se baseiam na aquisição de novas estratégias de coping que visem ser mais eficazes perante os condicionantes ambientais com que o indivíduo se depara. O relaxamento e a assertividade são exemplos de habilidades que podem ser desenvolvidas (Hazlett-Stevens & Craske, 2002).

A terapia cognitivo-comportamental tem benefícios comprovados ao nível do custo-eficácia, melhoria clínica e diminuição da sintomatologia associada, prevenção de

recaídas, aceitabilidade e efeitos secundários do tratamento (Baptista, Carvalho & Lory, 2005; Hazlett-Stevens & Craske, 2002). Para além disso, auxilia na conquista do crescimento pessoal promovendo o desenvolvimento de estratégias de coping (Stuart & Laraia, 2001). Como desvantagem, assume-se o facto de poder ser um fardo acrescido para o indivíduo uma vez que implica que este tenha uma participação activa durante e após as intervenções. Concomitantemente, em indivíduos pouco motivados para a mudança comportamental, que não procuram ter uma participação activa ao longo de todo o processo, os benefícios podem ser reduzidos. (Hazlett-Stevens & Craske, 2002)

Para o profissional de saúde, este tipo de intervenção acaba por ser bastante desafiadora uma vez que parte do princípio que este consiga focar a atenção dos indivíduos em metas específicas e na execução de estratégias que visem o alcance das mesmas. Requer também que os profissionais de saúde sejam capazes de criar com as pessoas alvo dos seus cuidados uma aliança terapêutica que vise ser eficaz para o alcance do previamente delineado por ambos os intervenientes. (Hazlett-Stevens & Craske, 2002)

Payne (2003, p.10) assume que, esta abordagem “foi concebida de forma a dar ao indivíduo uma sensação de maior controlo sobre a sua vida e ainda uma protecção contra o *stress* desnecessário”. Esta comprovada a sua eficácia na diminuição da ansiedade, sendo que visa a alteração dos conteúdos e processos cognitivos a ela associados bem como, a modificação de comportamentos. Baptista, Carvalho & Lory (2005) descrevem um modelo de intervenção na ansiedade que assenta nos pressupostos da abordagem cognitivo-comportamental e que serviu de fundamento para o trabalho que aqui apresento. Este modelo apresenta três fases. Na fase educativa, é facultada informação acerca da ansiedade (origem, manutenção, tratamento) do mesmo modo que se incentiva o cliente a colaborar com o profissional de saúde e a promover a participação de uma pessoa significativa em todo o processo. Na segunda fase, procede-se ao ensino de determinadas aptidões com o objectivo de eliminar os comportamentos de fuga, evitação e segurança bem como, minimizar as respostas ansiosas, isto é, convertendo respostas negativas em positivas. Por último, é feito o confronto com situações potencialmente ansiogénicas com vista a diminuir as respostas ansiosas e fomentar as expectativas de auto-eficácia (Baptista, Carvalho & Lory, 2005; Payne, 2003).

Considera-se que esta intervenção pode ser efectuada em grupo na medida em que, todos os elementos do grupo, destaquem a ansiedade enquanto problema potencial para si, perspectivando a obtenção de novas estratégias para gestão da mesma como algo benéfico. Será também desejável que os indivíduos demonstrem motivação e à vontade para integrar o grupo, por forma a fomentar um bom relacionamento grupal promotor da obtenção dos benefícios comuns aos elementos do grupo. O profissional de saúde deverá ajudar na aquisição desses objectivos embora, salvaguardando o envolvimento dos indivíduos em todo o processo. O número ideal de sessões a realizar está entre as 6 e as 12 sessões e poderão ser mobilizadas várias técnicas como o relaxamento, a resolução de problemas e diversas dinâmicas grupais. (Guerra & Lima, 2009)

3.3.2. Pressupostos de Yalom para intervenção em grupos

Pegando na definição de Townsed (2011, p.168), “Um grupo é um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesses partilhados, valores, normas ou propósitos comuns”. Neste sentido, pode-se depreender que todos os seres humanos estão incluídos em vários grupos quer seja de trabalho, escola ou até mesmo familiares. Um grupo pode ser visto como um conjunto de pessoas que se relacionam entre si, verificando-se a existência de uma certa interdependência na prossecução de objectivos comuns (Guerra & Lima, 2009). Consoante, os motivos da criação do grupo, assim variam as funções deste. Contudo, de entre as várias funções que um grupo pode ter, destaca-se: socialização, apoio, realização de tarefas, informativo, normativo e *empowerment* (Townsend, 2011).

O estudo dos grupos teve início na década de 40, pelas mãos de Kurt Lewin o qual veio a introduzir a expressão “dinâmica de grupos” definição esta que inclui não só as influências dos indivíduos em termos grupais como também, o estudo dessas mesmas influências. Assim, o conceito referido “engloba os processos que se observam nos grupos, procurando-se portanto analisar os vários modelões interventivos em grupo” (Guerra & Lima, 2009, p. 26).

Existem vários tipos de grupos sendo que, em saúde são mais frequente os grupos de ensino, os de auto-ajuda e, aqueles que me irei focar mais, os grupos de apoio/terapêuticos (Townsend, 2011). Neste último tipo de grupo, o enfoque está no

“evitar preocupações futuras ensinando aos participantes modos eficazes de lidar com o stress emocional que tem origem em crises situacionais ou de desenvolvimento” (Townsend, 2011, p.168) o que acaba por ir ao encontro dos pressupostos da terapia cognitivo-comportamental anteriormente mencionada.

Em Psiquiatria, muitas vezes os EESMP, optam por trabalhar com grupos de clientes visando não só abranger um maior número de pessoas como também, atendendo às influências mútuas que os intervenientes exercem uns sobre os outros, podendo contribuir para o fomento da relação de ajuda, partilha de sentimentos, ideias, opiniões e mesmo comportamentos (Townsend, 2011). Nestes casos, a criação do grupo ocorreu através de uma circunstância, isto é, determinada conjuntura que levou à criação do grupo, no caso do projecto que pretendo desenvolver, a intervenção de grupo teria por base a vivência comum relativamente ao fenómeno ansiedade.

O principal objectivo dos grupos é “congregar e promover a coesão e o encontro de pessoas para que reconheçam as similitudes dos seus problemas, encontrem uma forma de suporte social alternativo, necessário para poiar a construção e o desenvolvimento da sua própria identidade e o equilíbrio nas mais variadas funções” (Guerra & Lima, 2009, p. 22). Os principais benefícios deste tipo de intervenção têm a ver essencialmente com a redução dos custos associados e o tempo despendido, isto comparativamente com intervenções individuais (Guerra & Lima, 2009).

Uma vez que as intervenções que me propus a desenvolver serão realizadas em grupo, e tendo em conta a minha parca experiência neste molde de intervenção, achei pertinente beber alguns saberes existentes na literatura. Foi nesta procura que me deparei com o modelo de Yalom o qual foi criado em 1985 por Irvin Yalom e tem por base princípios humanistas, destacando-se também a coesão e o *feedback* como indispensáveis ao processo terapêutico (Guerra & Lima, 2009). Este modelo dá a conhecer 11 pressupostos necessários para um grupo terapêutico, sendo estes denominados de factores curativos ou terapêuticos, como se segue: instilação de esperança, universalidade, informação partilhada, altruísmo, desenvolvimento de competências sociais, modelagem, catarse, coesão do grupo, factores existenciais, aprendizagem interpessoal e a recapitulação correctiva do grupo familiar primário (família) (Yalom, 1992)

A instilação de esperança torna-se essencial à mudança. O dinamizador deve efectuar reforços positivos que visem o diminuir de medos e tensões, explicitando-se a importância do grupo terapêutico, incitando os elementos do grupo a observarem-se mutuamente vendo a melhoria dos outros como a esperança para a sua própria melhoria (Guerra & Lima, 2009; Yalom, 1992).

O princípio da universalidade assenta na premissa de fazer ver aos indivíduos que não são os únicos a experienciar determinados problemas, fazendo-se ver que, os sentimentos inadequados/inaceitáveis também são comuns a vários indivíduos. Isto acaba por favorecer o desencadear de processos de socialização e aceitação (Guerra & Lima, 2009; Yalom, 1992).

A informação partilhada está associada às trocas de informação entre os membros do grupo ou mesmo com o terapeuta isto porque, alguns esclarecimentos ajudam a compreender determinadas situações podendo este ser o primeiro passo para a aquisição de controlo, para a mudança (Guerra & Lima, 2009; Yalom, 1992).

Num grupo, os elementos do grupo acabam por demonstrar compreensão, apoio e partilha de problemas, sendo extremamente úteis uns para os outros. Este altruísmo faz com que ocorra um aumento da auto-estima e faz com que, o indivíduo que muitas vezes rumina em pensamentos acerca dos seus próprios problemas, centre a sua atenção na utilidade que a sua ajuda poderá ter para o Outro (Guerra & Lima, 2009; Yalom, 1992).

Naturalmente, o grupo possibilita o desenvolvimento de competências sociais quer através de estímulos quer do terapeuta quer dos outros elementos do grupo. Por outro lado, poderá também haver a chamada modelagem, ou seja, uma procura de identificação com algum dos elementos do grupo que pode levar à imitação de padrões de comunicação verbal ou não-verbal desse mesmo indivíduo. Conquanto a catarse será o libertar de emoções reprimidas, estará directamente associada a factores como a universalidade e a coesão. Permitirá que, o indivíduo experiencie uma sensação de alívio (Guerra & Lima, 2009; Yalom, 1992).

A coesão tem particular enfoque na empatia, aceitação e genuinidade o que se associa à ligação estabelecida com os outros elementos do grupo ou com o próprio terapeuta. Gradualmente, cada indivíduo deverá tomar consciência de si próprio

enquanto principal impulsionador das decisões da sua própria vida o que, Yalom acaba por denominar de factores existenciais. Para além disso, com o desenvolvimento grupal, os indivíduos descobrem a necessidade de comunicarem com os outros, sendo autênticos o que é reconhecido como sendo uma aprendizagem interpessoal. Com outro intuito, ocorrerá a recapitulação correctiva do grupo familiar primário (família), mais especificamente, os indivíduos efectuem comparações entre o experienciado no grupo terapêutico e aquilo que ocorre no seu seio familiar, uma vez que, aos diversos elementos do grupo é atribuído um papel familiar (Guerra & Lima, 2009; Yalom, 1992). O que aqui importa é “explorar e desafiar os papéis fixos do grupo, e continuamente encorajar os membros a testarem novos comportamentos” (Guerra & Lima, 2009, p. 24).

3.3.3. Relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson

O termo relaxamento é familiar quer para profissionais de saúde quer para leigos na área. É comumente utilizado e são sabidos os seus benefícios para a saúde dos indivíduos, particularmente em termos do bem-estar (Riley, 2012). O referido vai ao encontro das metas delineadas pela NANDA com vista a minimizar a ansiedade presente nos indivíduos (Townsend, 2008) o que, para mim, faz todo o sentido no contexto na presente especialidade uma vez que a enfermagem de saúde mental se foca no bem-estar e na promoção da saúde mental dos indivíduos (OE, 2011a).

Não obstante, o seu significado, as técnicas associadas à sua prática bem como, a sua escolha e formas de utilização, não são claras para a maioria das pessoas (Payne, 2003). A OE (2011a, p.17) define o relaxamento como “um método, processo, procedimento ou actividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado ou reduzir os níveis de *stress*, ansiedade ou raiva”. Para Ryman (1995) cit. Payne (2003, p.3) o relaxamento pode ser visto como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” o que possibilita acalmar a mente e, conseqüentemente, apresentar um pensamento mais calmo e eficaz.

As técnicas de relaxamento são de fácil aprendizagem por autodidactas ou, se ensinadas por profissionais de saúde podendo ser mobilizadas em vários contextos e

várias situações. São intervenções passíveis de serem bem-sucedidas podendo ser facilmente mobilizada sem grande preparação prévia uma vez que são de fácil aprendizagem (Payne, 2003). Inicialmente, o dinamizador deve explicar em que consiste a técnica, referindo aos indivíduos que devem permanecer em silêncio, com as pálpebras preferencialmente cerradas, seguindo as instruções dadas pela sua voz. Se necessário pode auxiliar-se de imaginação guiada, solicitando aos indivíduos que utilizem uma fantasia (p.e.: imaginarem-se na praia/campo; esplanada de café, etc) para se libertarem de pensamentos indesejados. Pode ser efectuado individualmente ou em grupo (Riley, 2012; Serra, 2002). Os grupos podem ser de três tipos: direccionado, quando um líder dinamiza um programa previamente preparado; facilitado, quando a responsabilidade pelo grupo é atribuída a determinado indivíduo, embora não haja um formato rígido e, de auto-ajuda, quando não há nenhum líder ou facilitador (Payne, 2003). Perante isto, subjaz dizer que, o que pretendo desenvolver, é um grupo direccionado uma vez que, foi efectuado o planeamento prévio das sessões, embora possa haver modificações das mesmas atendendo às necessidades dos elementos do grupo.

Alguns dos efeitos associados ao relaxamento constituem o que Friedman et al (1997) cit. por Serra (2002) denomina por resposta trofotrópica e incluem, diminuição da tensão muscular, da tensão arterial e da respiração. Tal é explicado pelo facto do relaxamento implicar uma resposta hipotalâmica, havendo depressão generalizada do sistema nervoso simpático (Serra, 2002). O referido vai “preparar o organismo para um estado de calma e repouso, inactividade do comportamento e restauração das modificações fisiológicas eventualmente existentes” (Serra, 2002, p. 695).

Para além, do mencionado anteriormente, também está comprovado que o relaxamento, tem uma acção ao nível da redução da acção do sistema nervoso central, que se repercute ao nível da diminuição da latência do início do sono (Payne, 2003; Serra, 2002). Esta diminuição das actividades fisiológicas que é proporcionada pelo relaxamento, surge associada a sensações de calma, paz, bem-estar, diminuição de sensações associadas à ansiedade e medo (Riley, 2012; Serra, 2002).

Riley (2012, p. 222), refere mesmo que “relaxation skills are tools for effective stress management that are a part of a proactive approach to taking responsibility for coming to your work strong and feeling emotionally and physically well”. Isto mais não

é do que capacidade de resiliência, ou seja, capacidade para o indivíduo se adaptar à mudança (Riley, 2012).

Payne (2003) refere três objectivos do relaxamento: medida preventiva para proteger órgãos corporais; tratamento para alívio do *stress*, em condições como insónia, asma, pânico, entre outras e, competência para lidar com o *stress*, acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne calmo e eficaz.

O relaxamento enquanto técnica, deriva da hipnose e foi desenvolvido ao longo do século XIX tendo Schultz e Jacobson como pioneiros. Schultz, um psiquiatra alemão, desenvolveu um método denominado treino autógeno no qual eram utilizadas técnicas sugestivas bem como, interpretações com origem na psicanálise. Por outro lado, Jacobson, neurofisiologista americano, não utilizava nenhum destes pressupostos. Partia do princípio que, durante os estados emocionais, existia tensão muscular pelo que, se se minimizasse esta tensão, haveria uma diminuição das tensões psíquicas (Serra, 2002).

Existem vários tipos de técnicas de relaxamento consoante o objectivo que nos propomos a atingir com as mesmas. São denominadas por técnicas de relaxamento primárias ou secundárias, sendo que nas primárias, o relaxamento é o principal objectivo a atingir e, nas secundárias (p.e.: visualização, meditação, etc) não o é. Embora possam diferir em alguns aspectos, as técnicas de relaxamento, têm alguns aspectos em comum, particularmente, o facto de se realizarem em locais tranquilos, sem grandes estímulos exteriores, devendo a pessoa permanecer, preferencialmente, sentada ou deitada, de olhos fechados e, com uma actividade muscular reduzida (Serra, 2002). Geralmente, o indivíduo é estimulado a

“respirar de uma forma regular e profunda, a focar a tenção para dentro de si, longe das actividades exteriores e a entrar num estado passivo de abandono do corpo e do espírito que permite a exclusão dos pensamentos que distraem” (Serra, 2002, p.694).

Foco-me contudo, na técnica de relaxamento muscular progressivo a qual é considerada uma técnica de relaxamento primária, desenvolvida nos anos 20 por Edmund Jacobson tendo como principal pressuposto o facto que alternando a tensão com o relaxamento dos músculos corporais, é possível reduzir o *stress* e a ansiedade (Riley, 2012; Varvogli & Darviri, 2011). Para além disso, potencia o alívio de tensões

musculares o que tem o efeito de acalmar a mente (Payne, 2003; Riley, 2013). Se, como diz o ditado, mente sã em corpo são, Jacobson ia mais longe ao acreditar que “uma musculatura descontraída seria automaticamente acompanhada pela tranquilização dos pensamentos” (Payne, 2003, p. 36).

Aqui, o relaxamento surge como uma habilidade que envolve a coordenação entre os músculos e a mente que pode ser aprendida por qualquer pessoa desde que, esta demonstre disponibilidade para tal (Riley, 2012). É tido por um processo activo, uma vez que, o indivíduo trabalha os principais músculos corporais, “criando e libertando a tensão (...) [reconhecendo] a tensão muscular” (Payne, 2003, p.36). Jacobson defendia que, em cada sessão se trabalhasse unicamente um músculo, seguindo-se repetições e exercícios de libertação de tensões (Payne, 2003). Isto faz com que, o autor, acreditasse que seriam precisas mais de 50 sessões para se trabalharem todos os principais grupos musculares (Payne, 2003).

Devido essencialmente à limitação temporal que envolve a aplicação prática do presente trabalho, resolvi mobilizar uma adaptação da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Efectivamente, sigo os pressupostos do autor mas, limito o número de sessões a oito sendo que, em todas elas procuro trabalhar os grupos musculares principais, ou seja, braços, pernas, pés, tronco, pescoço e rosto. Para além disso, a fim de aumentar a adesão dos indivíduos e a focalização dos mesmos na prossecução da técnica em si, por forma a obter maiores benefícios da mesma, ao longo das sessões, promovo a busca de uma imagem que evoque a mobilização dos sentidos (visão, audição, tacto, olfacto e paladar). Julgo que isto promove a concentração e a focalização nas indicações dadas por mim, enquanto dinamizadora, e que estão associadas à contracção-descontracção de determinados músculos corporais (Payne, 2003).

3.4. Teoria dos sistemas de Betty Neuman – Quadro conceptual

Ao enfermeiro especialista, pede-se que tenha a capacidade de mobilizar conhecimentos conceptuais que fundamentem e guiem a sua prática de cuidados de enfermagem. É tendo este pressuposto como base que, perante aquilo que procuro desenvolver neste trabalho e que tenho vindo a expor, procurei beber alguns saberes inscritos na disciplina de enfermagem através de algumas teorias. Ao longo da minha

busca, fui-me apercebendo da importância do descrito por Betty Neuman e do modo como me identificava com esses descritivos e com a forma como tal se sobrepunha às minhas ideias para este trabalho.

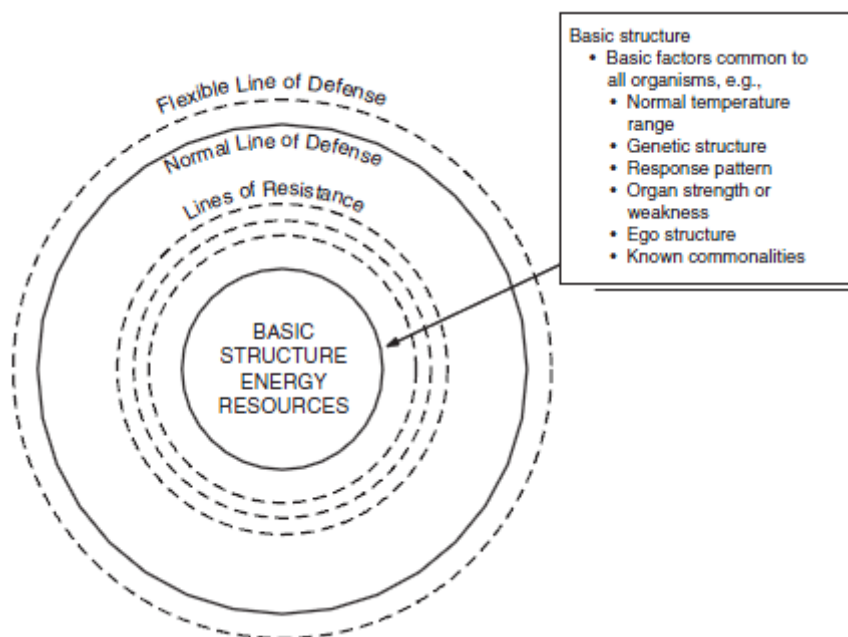
Porém, a ansiedade enquanto fenómeno que se vivencia patologicamente, isto é, pela não mobilização de estratégias de *coping* que visem ser eficazes para o ultrapassar da mesma, não deixa também de poder representar uma transição saúde/doença. O conceito acima mencionado é central na teoria de Afaf Meleis para quem, a transição é “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick & Meleis, 1986 citado por Zagonel, 1999, p.25) estando associada ao factor tempo e ao movimento. Isto envolve uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas e capacidades o que pode requerer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, altere hábitos e comportamentos ou até que mude a definição do *self* num contexto social (Meleis, 2005). Daqui se pode depreender que, as transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções que podem interferir com o bem-estar do cliente e, consecutivamente, com a passagem bem-sucedida pela transição, daí a importância do cuidado de enfermagem o qual é “voltado a uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando no cliente factores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transaccional”. (Zagonel, 1999, p. 27).

Para além do acima mencionado, Meleis destaca o conceito de cliente o qual assume como um ser com necessidades, em interacção com o meio e tendo capacidade para se adaptar às exigências deste. Porém, tem também subjacente uma vulnerabilidade face ao desenvolvimento de doenças, experienciando ou correndo o risco de desequilíbrio do sistema (Meleis, 2005).

Não obstante, os saberes adquiridos pelo estudo da teoria de Meleis, a qual acaba por ter grande relevância como referência para a temática que estudo, como já referi, acabei por me identificar mais com os escritos de Betty Neuman motivo pelo qual essa acaba por ser a minha teórica de referência, ao longo de todo o trabalho. Isto porque a teoria dos sistemas de Betty Neuman acaba por, na minha opinião, estar mais ligada aos conceitos inerentes ao meu trabalho por está intimamente relacionada com o *stress* e com a forma como os indivíduos o vivenciam o que acaba por ir ao encontro aos meus objectivos. Contudo, depreendo que ambas as teorias mencionadas, pela similitude de

alguns dos conceitos que lhes são centrais, bem como, por alguns pressupostos comuns, acabam por se complementar mutuamente pelo que optei por mencionar uma e outra. Como já mencionei anteriormente face à teoria de Meleis, ao longo da sua vida, os indivíduos deparam-se constantemente com forças adversas que comprometem a sua homeostase (equilíbrio). Estas forças são também reconhecidas na teoria de Neuman a qual as denomina de *stressores* que podem ser internos ou externos (ambientais), de natureza física ou emocional. Os *stressores* são tidos por “estímulos que produzem tensões e têm o potencial de causar a instabilidade do sistema” (George et al., 2000, p.229).

O conceito de *stressor* é central na teoria dos sistemas de Betty Neuman a qual tem como pressupostos fundamentais o *stress* e a reacção a este tendo por base o ajudar cada um a viver. O cliente é considerado um sistema aberto e único sendo composto por “core, or basic structure, and surrounding protective concentric rings” (Neuman & Fawcett, 2011, p.327). Pode ser representado por uma só pessoa, um grupo, uma comunidade, uma família que efectua trocas recíprocas com o ambiente que visam a manutenção de um estado de equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011; George et al., 2000). Seguidamente, apresento um esquema representativo de toda esta teoria ao qual se segue a explicação que lhe está inerente.



Esquema 2- Cliente enquanto sistema (Teoria de Betty Neuman)¹

¹ Retirado de Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). The Neuman Systems model. 5th Ed. Boston: Pearson, p.15.

O *core* é composto por cinco áreas variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual) que são representativas dos processos humanos associados ao viver e ao morrer e também, por características básicas de sobrevivência inerentes ao ser humano (estrutura genética, padrões de resposta, etc) (Neuman & Fawcett, 2011). À volta do *core*, surgem círculos concêntricos denominados linhas de defesa (flexível e normal) e linhas de resistência. A linha flexível de defesa, idealmente, protege o sistema dos *stressores*, impedindo as reacções aos mesmos ou as manifestações sintomáticas. É representada por um círculo concêntrico com tracejado descontínuo localizado por cima da linha normal de defesa (tracejado contínuo). Esta última linha “represents what the client has become, the state to which the client has evolved over time, or the usual wellness level” (Neuman & Fawcett, 2011, p. 18). É como que o nível adaptativo tido como normal para determinado cliente pelo que, surge como um padrão indicativo de que há um desequilíbrio do sistema. Por último, as linhas de resistência são representadas por círculos concêntricos com tracejado descontínuo que são activadas quando os *stressores* atravessam a linha normal de defesa, provocando reacções ou sintomas no cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

De destacar que, segundo Neuman & Fawcett (2011), existe uma relação entre todas as linhas descritas na medida em que cada uma delas contém as cinco variáveis anteriormente identificadas e, protegem os componentes do sistema que lhes estão associados. Assim, “lifestyle, coping patterns, cliente expectations, and motivation are all inherent within the lines of defense and resistance, ultimately, protecting the basic structure” (Neuman & Fawcett, 2011, p.19). O objectivo comum é o equilíbrio do sistema pelo que “The main nursing goal is to facilitate optimal wellness for the client through retention, attainment, or maintenance of client system stability” (Neuman & Fawcett, 2011).

Isto vai ao encontro do referido pela OE (2011b, p.1) face à finalidade dos cuidados de enfermagem estar relacionada com “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rápido quanto possível”. Neste sentido, é solicitado ao EESMP que adeque as suas intervenções ao cliente alvo dos seus cuidados e às respostas desajustadas deste face à exposição a determinados *stressores*, levando a desequilíbrio

no sistema. Neste sentido, é de extrema pertinência a intervenção do EESMP no sentido de minimizar o *stress* e todas as emoções a este subjacente. (OE, 2011b)

4. METODOLOGIA

Neste capítulo, dou a conhecer os métodos que utilizei para atingir os objectivos propostos, com vista a dar resposta à questão de partida por mim formulada. Neste sentido, clarificarei aspectos como o desenho do estudo, a população e os instrumentos de colheita de dados que irei mobilizar.

4.1. Finalidade e objectivos

A **finalidade** deste trabalho é desenvolver um percurso que conduza à aquisição de competências de EESMP o que inclui a implementação de um projecto de intervenções de enfermagem (dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson) que vise a gestão dos níveis de ansiedade de um grupo de pessoas com doença mental. Neste sentido, a questão de partida é: *“Qual o impacto de um projecto de intervenções de enfermagem (dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson) na gestão da ansiedade de um grupo de pessoas com doença mental?”*

Desta forma, defino como **objectivos gerais** e como **objectivos específicos**, que visam o alcance dos objectivos gerais, os que apresento seguidamente:

(1) Desenvolver competências no âmbito da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (competências EESMP)

- Compreender o meu nível de perícia (de acordo com Benner, 2001) enquanto enfermeira generalista;
- Conhecer e analisar as competências de enfermeiro especialista e as de EESMP descritas pela OE;
- Desenvolver o auto-conhecimento enquanto pessoa e enquanto profissional;
- Identificar as necessidades da pessoa/família em termos de cuidados de enfermagem, reconhecendo os recursos da mesma e potenciando a sua autonomia;

- Elaborar planos de intervenção por forma a satisfazer as necessidades do cliente de enfermagem;
- Implementar intervenções de enfermagem (âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional) à pessoa-alvo dos cuidados tendo em conta o contexto e a dinâmica (individual, familiar ou comunitária) com vista a manter, melhorar e recuperar a saúde.

(2) Compreender o impacto de um projecto de intervenção de enfermagem (dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson) nos níveis de ansiedade de um grupo de pessoas com doença mental.

- Aplicar o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade Forma Y (STAI-Y), de Spielberger;
- Desenvolver acções fomentadoras da criação de um grupo terapêutico;
- Identificar manifestações de ansiedade num grupo de pessoas com doença mental;
- Promover a partilha de sentimentos/vivências dos elementos do grupo, capacitando-os para a autogestão da ansiedade através de intervenções de enfermagem previamente estruturadas;
- Realizar sessões utilizando dinâmicas de grupo e aplicando o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson (adaptado) num grupo de clientes de enfermagem com doença mental;
- Avaliar o impacto das referidas sessões na ansiedade dos clientes, obtendo *feedback* destes através de entrevista bem como, pela reaplicação do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade Forma Y (STAI-Y), de Spielberger no final da intervenção.

De destacar que, os planos de sessões estruturados que apresento no anexo IX e que correspondem ao projecto de intervenção de enfermagem para gestão da ansiedade, serão transpostos para a prática apenas no hospital de dia o que acontece devido a condicionalismos dos serviços e do limite temporal para a realização do estágio. Nos restantes campos de estágio, pretendo centrar a minha atenção na

obtenção/desenvolvimento das competências de EESMP embora tendo sempre em consideração as experiências relatadas pelos clientes face ao fenómeno ansiedade.

Face ao mencionado, é certo que poderei desenvolver determinada competência de EESMP mais num local de estágio do que noutro. Assim, o quadro que apresento abaixo indica essas mesmas competências e os locais de estágio onde penso que as poderei desenvolver com maior profundidade.

Competência EESMP	Locais de estágio
1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;	Hospital geral Margem Sul do Tejo - Internamento de Psiqu. - Consulta de Psiqu. - Hospital de dia de Psiqu.
2- Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;	Hospital geral Margem Sul do Tejo - Consulta de Psiqu. - Hospital de dia de Psiqu.
3- Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;	Hospital geral Margem Sul do Tejo - Internamento de Psiqu. - Hospital de dia de Psiqu.
4- Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Hospital geral Margem Sul do Tejo - Hospital de dia de Psiqu.

Tabela 1 – Competências do EESMP e locais de estágio

4.2. Desenho de investigação

Compreende-se por desenho de investigação “o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas validas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 2009, p.132). O estudo realizado engloba a utilização de uma **abordagem quantitativa** uma vez que, analisarei quantitativamente

os dados obtidos através da aplicação de escalas. Por vezes, mencionarei algumas afirmações dos clientes contudo, não posso designar o estudo de qualitativo uma vez que não efectuei uma análise estruturada dessas afirmações.

Com este estudo, procuro estudar relações de causalidade entre duas variáveis, X e Y. Destaco que, X será então a intervenção de enfermagem em termos de dinâmicas de grupo e de sessões de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson (adaptado) enquanto Y, que corresponde ao efeito que se presume que X produz, é a ansiedade. Uma vez que não ocorreu repartição aleatória nem grupo de controlo que possibilite comparação, apenas se aplicou a intervenção num grupo de clientes seleccionados através de um conjunto de critérios, de modo a compreender qual o impacto da intervenção ao nível da gestão da ansiedade, o estudo designa-se de **quase-experimental**.

Como **métodos**, mobilizarei a utilização da STAIT-Y , a observação e aspectos referidos pelos clientes aquando das partilhas ocorridas em grupo, embora só proceda à análise dos resultados do inventário referido. Isto é especificado no ponto 4.6.

4.3. População e amostra

A **população-alvo do estudo** corresponde aos clientes de enfermagem que experienciam o fenómeno ansiedade e que frequentam serviços de psiquiatria. Esta população “refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações” (Fortin, 2009, 41).

A **população-alvo acessível** é “a porção da população-alvo que está ao alcance do investigador” (Fortin, 2009, p.41). Neste caso, corresponde aos clientes de enfermagem que experienciam o fenómeno ansiedade e que frequentam o Hospital de Dia de Psiquiatria do hospital geral onde realizei o estágio. A **população do estudo**, que corresponde à amostra do mesmo, tem a ver com a combinação dos indivíduos que efectivamente serão seleccionados para participar após combinação de critérios de inclusão e exclusão. A amostragem que me proponho realizar é não probabilística intencional uma vez que tem por fundamento a minha apreciação enquanto investigadora, dos clientes de enfermagem que preenchem os critérios de inclusão e exclusão previamente delineados (Fortin, 2009).

4.4. Critérios de inclusão

- Clientes de enfermagem a frequentarem o Hospital de dia do hospital geral onde realizei o estágio;
- Pessoas que demonstrem disponibilidade para integrar o grupo e que, devidamente informadas, assinem o formulário de consentimento informado (ANEXO VI) disponibilizado para participação no estudo;
- Indivíduos que relatem vivências do fenómeno ansiedade;
- Clientes de enfermagem conscientes e orientados auto e alopsicamente.

4.5. Critérios de exclusão

- Clientes de enfermagem que não apresentem capacidade para se concentrarem, que estejam agitados e inquietos;
- Clientes de enfermagem com alterações a nível do pensamento e percepção que impossibilitem a integração no projecto e a realização das actividades a ele inerentes;
- Pessoas com limitações físicas que as impossibilitem de realizar a sessão de relaxamento (p.e. surdez, alterações a nível da coluna...);
- Pessoas que não saibam ler e/ou escrever.

4.6. Métodos de colheita e análise de dados

Através da observação, entrevista de enfermagem e consulta do processo clínico do cliente efectuei a apreciação clínica do mesmo para posteriormente efectuar o levantamento das suas necessidades através do estabelecimento de diagnósticos, planeamento de intervenções adequadas e estabelecimento de resultados de enfermagem a atingir. Neste âmbito, acabo por destacar uma intervenção individual que tive com uma cliente em particular a qual está reflectida no estudo de caso que se encontra anexo (ANEXO IV) ao trabalho sendo que, foi utilizada a linguagem CIPE por ser a preconizada no departamento onde realizei o estágio.

Através da utilização de escalas, é possível avaliar de forma consistente determinados itens como é o caso da ansiedade para melhor se adequarem as intervenções de enfermagem aos clientes dos quais cuidamos. Neste âmbito, procurei escalas de avaliação da ansiedade sendo que, através da minha pesquisa, conclui existir apenas uma escala validada para a população portuguesa, o Inventário de estado-traço de ansiedade – Forma Y (State Trait Anxiety Inventory . STAIT Y)¹ - ANEXO VII.

Este é um instrumento de investigação concebido por Spielberger em 1970 para o estudo da ansiedade. É considerado um instrumento de auto-avaliação e, como tal, apresenta vantagens e desvantagens. Como vantagens podemos considerar: ser de fácil aplicação e ter como base uma única fonte (o cliente que experimenta o que está a ser estudado). O facto de o cliente poder responder algo premeditado e a limitação da aplicação a clientes analfabetos, são tidas por desvantagens (Telles-Correia e Barbosa, 2009). Estas desvantagens podem ser minimizadas caso o inventário seja fornecido por um elemento externo à equipa multiprofissional o qual clarificará que a resposta ao mesmo não influencia o tratamento (Telles-Correia e Barbosa, 2009).

A STAIT – Y é composta por 40 itens os quais são avaliados recorrendo a uma escala ordinal, de 1 a 4 pontos. De salientar que, avalia a ansiedade estado e a ansiedade traço. A primeira caracteriza-se por se referir a uma condição transitória, uma reacção episódica ou situacional que pode ser marcada por tensão, apreensão, e hiperactividade do SNA. A ansiedade traço ocorre de um modo habitual e consistente e tem repercussões na acção face aos estímulos do meio ambiente (Baptista, Carvalho & Lory, 2005; Telles-Correia e Barbosa, 2009; Silva, 1998).

O inventário será aplicado aos clientes que constituem o grupo da área de dia, que reúnam os critérios necessários para inclusão no estudo e, que aceitem participar no mesmo. Tal ocorrerá em dois momentos, na primeira sessão do projecto e na última. Neste sentido, procurarei dar resposta à questão de partida por mim formulada através da análise quantitativa da resposta dos clientes à STAIT – Y recorrendo ao SPSS.²

Para complementar os dados obtidos através da aplicação da escala referida, a minha intervenção passou também por incentivar a partilha de sentimentos entre os vários clientes que participaram nas sessões por forma a perceberem como é que estes

¹ Validada em 2003 por Silva.

² De destacar que, adquiri os direitos de utilização do inventário à editora Mind Garden Inc (ANEXO VII). Posteriormente, através de endereço electrónico, contactei o autor da validação do inventário para Portugal, o Prof. Danilo Silva, o qual veio a comprovar que, após a aquisição dos direitos à editora anteriormente mencionada, poderia fazer uso do inventário no meu trabalho (ANEXO VII).

se sentiram durante e após a realização das mesmas. Esta informação será englobada no trabalho, embora não a analise qualitativamente.

No entanto, existem certos aspectos que não devem ser esquecidos pois os mesmos poderão influenciar a eficácia da intervenção em si. Um exemplo desses aspectos é a disponibilidade dos indivíduos para participarem em intervenções de grupo e as características pessoais dos mesmos, a sua motivação e vontade para participar. Juntamente com o facto de as sessões de relaxamento poderem ser realizadas em grupo, é necessário compreender que “A tarefa do animador será a de facilitar os processos individuais e os processos do grupo de modo a favorecer a sua harmonização” (Manes, 2011,p.10).

Assim, nas sessões iniciais acabei por explicitar em que consistia o projecto e quais os seus objectivos sendo que, ao longo das sessões, fui efectuando o mesmo processo face a cada actividade planeada. De igual modo, e, tendo em consideração o tipo de actividade a realizar, é de salientar que tive em conta a minha própria postura e o tom de voz a utilizar. Dentro dos condicionalismos da instituição onde realizei o estágio, procurei efectuar as intervenções num local tranquilo e reservado no qual os estímulos externos fossem reduzidos. (Manes, 2011)

O projecto de intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade num grupo de pessoas com doença mental que tenho vindo a explicitar, foi transposto para a prática no período entre 11 de Novembro 2013 a 14 de Fevereiro de 2014, em contexto de hospital de dia de Psiquiatria de um hospital geral localizado na margem Sul do Tejo.

O projecto englobou a realização de oito sessões de grupo, para um máximo de 10 clientes. Estas sessões incluem uma primeira parte de dinâmicas de grupo, considerando-se a sua importância enquanto intervenções de âmbito psicoterapêutico e, uma segunda parte, correspondente à aplicação de uma adaptação do método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson (adaptado). Relativamente às intervenções de âmbito psicoterapêutico de referir que têm como fundamento o facto de serem “um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida por profissionais com competências reconhecidas e o cliente” (OE, 2011a) sendo importante o desenvolvimento de uma relação de confiança e a criação de uma parceria que neste caso seria entre o enfermeiro e as pessoas com doença mental que integram o grupo da

área de dia. No anexo VIII encontra-se um guião orientador para a realização das sessões de relaxamento e no anexo IX serão apresentados os planos de sessão das sessões programadas.

O projecto tem como fundamento a abordagem cognitivo-comportamental (explicitada em 3.3.1.) bem como o modelo interaccional de Yalom para intervenções em grupos terapêuticos (ponto 3.3.2.).

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As acções de enfermagem têm por base os pressupostos de manter o bem-estar do cliente e evitar qualquer dano (Streubert & Carpenter., 2002.). Com vista a respeitar esses mesmos pressupostos, aquando da realização de percursos investigativos, é essencial ter em consideração determinados aspectos éticos.

Segundo Fortin (2009, p.114),

“ A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Em trabalhos como o apresentado neste projecto, é primordial a protecção dos participantes. Deve também assegurar-se o direito à auto-determinação. Para tal, é essencial explicar ao cliente em que consiste o estudo e quais os seus objectivos de modo a que este possa decidir participar ou não o que eu acabei por efectuar. (Streubert & Carpenter., 2002; Fortin, 2009)

De igual forma, é necessário que o investigador assuma determinados compromissos perante o cliente nomeadamente no que se refere à confidencialidade e anonimato garantindo que os dados fornecidos não serão divulgados a outros. Também é importante o respeito pela privacidade e intimidade dos participantes e, tendo em conta todo o *setting* em que decorre a intervenção este aspecto é ainda de maior relevância. Aquando da realização de sessões de relaxamento os indivíduos encontram-se numa posição mais exposta e vulnerável motivo pelo qual os princípios acima mencionados são de suma relevância. (Streubert & Carpenter., 2002; Fortin, 2009)

Seguindo os princípios mencionados, solicitei autorização à comissão de ética do hospital geral onde realizei o estágio, para poder realizar o estudo que aqui apresento (ANEXO V). Também solicitei aos clientes participantes que me dessem o seu consentimento para participação no estudo, após devidamente informados dos objectivos do mesmo (ANEXO VI).

6. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO EFECTUADO

Após enunciar os objectivos para o presente trabalho bem como, as estratégias que utilizei para a obtenção dos mesmos, neste capítulo, proponho-me descrever o percurso efectuado ao longo do estágio. Na medida em que, pretendo descrever os sucessos, obstáculos e algumas limitações com que me deparei ao longo do referido percurso mobilizarei, no presente capítulo, os objectivos que anteriormente descrevi.

6.1. Desenvolvimento de competências de EESMP

O primeiro objectivo geral delineado era **(1) Desenvolver competências no âmbito da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (competências EESMP)**, o que subjaz como determinante para quem como eu, se propôs a ser enfermeira especialista nesta área particular do saber em enfermagem. Seguem-se os objectivos específicos que delinee para a sua obtenção bem como observações relativamente à concretização dos mesmos. De destacar que, este caminho será algo a percorrer gradualmente e, não estaria de todo a ser realista, ao acreditar que, este breve percurso de estágio faria de mim uma EESMP em pleno. Marca apenas o início de uma longa jornada na busca de bases que me permitam crescer enquanto pessoa e enquanto enfermeira, o encontrar de uma identidade própria que assente na importância das boas práticas para o cuidar em enfermagem.

Posto isto, pretendia Compreender o meu nível de perícia (de acordo com Benner, 2001) enquanto enfermeira generalista com o intuito de saber, concretamente, o que deveria e poderia melhorar na minha prática e, de que modo é que isso poderia ser conseguido. Contudo, fazer uma auto-apreciação não é uma tarefa de todo fácil. Implica observar as práticas de cuidados de enfermagem no contexto onde decorrem, fazer uma análise crítica das mesmas e, à posteriori, reflectir sobre a nossa própria experiência. Na minha opinião, esta autocrítica exige muito do profissional. Sobretudo devido à própria natureza humana, que leva a que seja muito mais fácil aceitar um elogio do que um reparo, acreditar que somos perfeitos ao invés de nos sabermos com falhas, indivíduos iniciados em alguns domínios. Assim, este olhar crítico que recaí sobre as

nossas atitudes, comportamentos e formas de comunicar passa sobretudo por um crescimento em termos pessoais e profissionais que está inerente ao processo de aprendizagem.

No entanto, e porque ao EESMP é solicitado que detenha “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2011b, p.3), nos contextos de aprendizagem por onde passei durante o estágio, procurei observar não só os meus orientadores como os restantes EESMP. Isto por forma a aprender com eles quer em termos daquilo que julgava serem os cuidados de qualidade, que serviram de exemplo para a minha aprendizagem, para aquilo que quero que seja a minha prática enquanto EESMP, quer para aqueles que julgo não serem os mais adequados.

No âmbito do meu desempenho a nível profissional e, recorrendo aos níveis de competência de Benner (2001), acabo por me auto apreciar como competente (Estado 3) uma vez que, a enfermeira que se situa neste estado, apercebe-se dos seus actos de forma objectiva estando consciente dos seus planos a longo prazo. Deste modo, estabeleço planos de acção tendo em conta os atributos/aspectos de determinada situação que devem ser considerados mais importantes bem como, aqueles que podem ser menos relevantes. Assim, acabo por analisar a situação de forma consciente e abstracta, estabelecendo formas de actuação. (Benner, 2001)

Reconheço também que, comparativamente a enfermeiros com os quais me deparei no meu contexto de aprendizagem e mesmo no meu local de trabalho, e que, considero serem proficientes ou mesmo peritos, acabo por não ter uma rapidez de resposta tão considerável. Contudo, acredito que o que faço, faço bem, adaptando-me aos imprevistos decorrentes da prática diária de cuidados de enfermagem num serviço de Psiquiatria (Benner, 2001).

Tal como nos diz Benner (2001:54): “A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização”. Considerando eu que executo esta planificação adequadamente, acredito que tal será uma mais-valia na aquisição de competências que me permitam transitar para um outro nível de perícia que é efectivamente o que pretendo.

Posto isto, pretendia Conhecer e analisar as competências de enfermeiro especialista e as de EESMP descritas pela OE o que, começou por ser conquistado através da análise e reflexão sobre os enunciados teóricos elaborados pela OE relativamente ao enfermeiro especialista e, particularmente face ao EESMP. Posteriormente, e à semelhança do objectivo anterior, procedi à observação dos EESMP no local de estágio e também no meu local de trabalho analisando criticamente à prestação de cuidados tendo em conta o que deverão ser os cuidados de EESMP. Não obstante, procurei reconhecer as minhas necessidades em termos de desenvolvimento pessoal e profissional baseando no facto de achar premente o aumento de conhecimentos da área da intervenção em grupos, para sustentar a criação do meu projecto de estágio.

Para além disso, tendo em conta o facto de desempenhar funções num serviço Psiquiatria – internamento de agudos, senti necessidade de conhecer novos contextos de prestação de cuidados. Foi esse o principal motivo que me levou a procurar um campo de estágio numa outra instituição hospitalar. De igual modo, procurei conhecer as várias valências do departamento de Psiquiatria do hospitalar onde realizei o estágio mais especificamente, internamento, consulta externa e área de dia para assim compreender as intervenções que o EESMP deverá desempenhar e que vão ao encontro do especificado pela OE. Procurei também inteirar-me relativamente a alguns projectos que se podem implementar com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem prestados. Isto porque, uma das competências do EESMP expõe que, este profissional “Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (OE, 2011b, p.5).

Exemplo desta pró actividade por parte dos enfermeiros especialistas, é a intervenção individual com famílias de clientes internados na UIDA a qual estava a ser implementada por EESMP durante o período em que realizei o estágio. Embora não tenha conseguido presenciar nenhuma intervenção em particular, consegui perceber os pressupostos em que estas eram baseadas não só através da consulta e análise da documentação de apoio como também e, sobretudo, através do questionamento da minha enfermeira orientadora no local.

Para além disso, é de mencionar a implementação do programa CIR na consulta externa de enfermagem e de um grupo sócio profissional na área de dia. No departamento de Psiquiatria onde trabalho não existe nenhuma área/hospital de dia motivo pelo qual, tive interesse em que o maior período de estágio se realizasse nesse local o que penso ter sido uma aposta positiva. Isto porque não só pude ter a percepção *in loco* do funcionamento deste tipo de valências em saúde mental como também do trabalho que pode ser desenvolvido pelos enfermeiros. O presente contexto surge também como um exemplo de um projecto implementado por EESMP que tem tido excelentes resultados para a população-alvo, tendo em conta alguns dos casos relatados pelo meu orientador do local. Como principais objectivos surge não só a recuperação dos clientes de enfermagem, fomentando a sua participação activa no processo de *recovery* como também, a sua integração na comunidade, particularmente ao nível da empregabilidade.

O objectivo específico Desenvolver o auto-conhecimento enquanto pessoa e enquanto profissional acaba por ir ao encontro do previamente mencionado na medida em que, é unicamente através do auto-conhecimento que é possível compreender as minhas lacunas o que é a única forma de conseguir levar determinadas aprendizagens a bom porto. Isto porque, como diz Rispaill (p.39)

“os seus valores, as suas emoções, a percepção que tem de si mesmo, vão determinar o sentido da sua acção. A motivação será o motor. (...) A procura do seu grau de motivação e de como melhorá-lo passa por uma exploração de si próprio, do conhecimento do seu potencial, da percepção que tem de si mesmo e dos outros”.

Para atingir este objectivo, ao longo deste percurso de aprendizagem efectuei diários de aprendizagem baseados nos enunciados do ciclo reflexivo de Gibbs (Anexo II). Analisei algumas situações de cuidados que me levantaram algumas inquietações, descrevendo-as e referindo o que senti e o que pensei. Posteriormente, procurei efectuar um balanço da situação referindo o que foi mau e bom na mesma e, mais especificamente na minha actuação tendo em conta as competências de EESMP. Neste sentido, referi também qual o sentido da situação em si e, o que mais poderia ter sido feito para, desse modo, poder definir o que poderia fazer se me deparasse novamente com uma situação semelhante.

Para além disso, procurei efectuar análises críticas do vivido diariamente com os meus orientadores o que facilitou a minha evolução positiva ao longo do estágio no sentido em que me permitiu compreender os aspectos que seria necessário modificar em termos de actuação para que a minha aprendizagem tivesse bons frutos.

O acima mencionado não só fomenta o pensamento reflexivo como também a percepção crítica face à situação em questão o que, no meu ver, contribui para aumentar o conhecimento de si enquanto profissional auxiliando na gestão de sentimentos e emoções despoletada pelas situações de cuidados tal como, na gestão dos fenómenos de transferência e contra-transferência. Salvaguardando contudo os limites inerentes à prestação de cuidados e fazendo uso do auto-conhecimento para a criação e manutenção de uma aliança terapêutica com o cliente de enfermagem (OE, 2011b).

Face a Identificar as necessidades da pessoa/família em termos de cuidados de enfermagem, reconhecendo os recursos da mesma e potenciando a sua autonomia. Isto passou sobretudo por uma intervenção em termos individuais a uma cliente em particular. Para tal, realizei três sessões de acompanhamento em CIR e três entrevistas individuais no período em que realizei estágio na área de dia. Isto atendendo ao facto da cliente estar a frequentar o grupo sócio profissional. Procurei efectuar uma colheita de dados da cliente focando aspectos associados com dados pessoais, dinâmica familiar, antecedentes médico-cirúrgicos, história psiquiátrica e exame psiquiátrico do estado mental.

Perante os dados obtidos, estimei a cliente a definir aqueles que seriam os seus principais problemas e quais os recursos (pessoais, comunidade, entre outros) que tinha ao seu dispor para os solucionar. Procurei funcionar como um elo facilitador em todo este processo, encetando uma parceria com a cliente em questão. Para tal, foi extremamente útil a mobilização da técnica de resolução de problemas.

Para além deste caso em concreto, é de salientar a minha intervenção perante um grupo de pessoas, durante a implementação do projecto de intervenção em enfermagem na gestão da ansiedade o que, inevitavelmente, passou pela definição das necessidades dos clientes em questão por forma a actuar de acordo com as mesmas. Assim, embora as sessões do projecto estivessem previamente programadas, fiz questão de obter *feedback*

do grupo, por forma a adaptar as sessões subsequentes às necessidades que iam verbalizando, com vista ao colmatar das mesmas.

Relativamente a este objectivo penso que o que ficou por desenvolver foi a intervenção em termos familiares o que, reconheço que seria uma mais-valia para alguns dos clientes a quem prestei cuidados.

Ao nível de Elaborar planos de intervenção por forma a satisfazer as necessidades do cliente de enfermagem, para além do grupo de clientes da área de dia, foi-me possível efectuar mentalmente o processo de enfermagem a vários clientes de modo individual, efectuando as suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem, dando resposta ao objectivo anterior e, fazendo um planeamento dos mesmos, seguido da sua implementação.

Porém, unicamente me foi possível transpor para o papel um caso em concreto o que acredito ter sido uma limitação de todo o meu trabalho pois, para este ser visível para outros que não os que estão incluídos no contexto de estágio em si, o trabalho escrito torna-se indispensável. No entanto, dado as minhas limitações temporais, acabei por escolher uma cliente em particular, a qual acompanhei em consulta externa de Enfermagem (programa CIR) e no hospital de dia de Psiquiatria (grupo socio profissional). Esta escolha teve a ver com o facto de me ter sido possível prestar cuidados a esta cliente de uma forma continuada o que julgo ter sido benéfico para a mesma, a qual acredito que me via como técnica de referência. Paralelamente, este processo acabou por ter benefícios para a minha própria aprendizagem. O trabalho efectuado está explicitado no anexo III.

Do mesmo modo, procurei Implementar intervenções de enfermagem (âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional) à pessoa-alvo dos cuidados tendo em conta o contexto e a dinâmica (individual, familiar ou comunitária) com vista a manter, melhorar e recuperar a saúde. Assim, destaco a minha experiência enriquecedora na Consulta Externa de Psiquiatria onde me foi possível desenvolver várias intervenções tendo em conta as necessidades do serviço e as minhas necessidades em contexto académico. De referir a realização de dois folhetos informativos sobre a Ansiedade e sobre os Ataques de pânico (Anexo III) os quais, após aprovação, seriam

utilizados como material de apoio para as consultas de enfermagem e para as consultas de acompanhamento em CIR.

Inicialmente, foi-me possível observar a intervenção da minha orientadora nas consultas de acompanhamento em CIR, as quais são uma intervenção preconizada pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental. O programa em si

“consiste numa série de sessões semanais nas quais os profissionais de saúde mental ajudam as pessoas, que tiveram a experiência de sintomas psiquiátricos, a desenvolver estratégias personalizadas para lidar com a sua doença mental e prosseguir com as suas vidas” (Gago et al, 2009, p.5).

É uma intervenção que pode ser adoptada por vários profissionais na área da saúde como enfermeiros e médicos podendo ser mobilizada em grupo ou em termos individuais. No meu local de estágio, maioritariamente, os momentos de contacto eram individuais embora, por vezes, os clientes viessem acompanhados por elementos da família ou pessoas significativas sendo fomentada a participação dos mesmos no processo de cuidados.

Gradualmente, foi-me possível intervir autonomamente embora sob supervisão da minha enfermeira orientadora no local. Confesso que esta intervenção me era desconhecida pelo que foi uma completa aprendizagem e o partir para a descoberta de que não existem formas pré-definidas para a actuação. O enfermeiro tem que adequar às suas intervenções ao cliente alvo dos seus cuidados sobretudo face aquilo que este depreende como sendo os seus principais problemas para, lado a lado, enfermeiro e cliente, construírem um percurso que leve ao solucionar dos mesmos. O conseguir intervir neste tipo de moldes de trabalho, acabou por exigir um esforço extra da minha parte na medida em que, implicou alguma pesquisa sobre a intervenção em si e sobre alguns aspectos mais direccionados para a psicopatologia, farmacologia, intervenções não farmacológicas, técnica de resolução de problemas, entre outros.

No contexto da área de dia desenvolvi um projecto de intervenção cujos resultados apresento de seguida e, concomitantemente, realizei algumas sessões para o grupo da área sócio profissional particularmente sobre, estigma, *stress*/ansiedade, mecanismos de *coping*, sinais e sintomas de doença mental que vieram a complementar o projecto planeado na medida em que me permitiram o aprofundar de determinadas temáticas associadas ao mesmo. De igual forma, funcionaram como uma preparação

para as sessões programadas para o projecto, na medida em que me dei a conhecer ao grupo enquanto elemento da equipa de enfermagem do mesmo modo que eu própria desenvolvia estratégias para melhor intervir perante um grupo.

Em todas estas etapas, quero ressaltar a preocupação que tive, conjuntamente com os orientadores que me acompanharam neste percurso, em ter em conta a continuidade de cuidados. Acompanhei clientes em CIR que haviam estado internados na UIDA e que, posteriormente, integraram o grupo da área de dia o que se torna benéfico para a qualidade dos cuidados prestados no sentido de “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (2011b).

6.2. Projecto de intervenção em enfermagem na gestão da ansiedade num grupo de pessoas com doença mental

Face a este objectivo geral, direccionado para a implementação do projecto de intervenção na ansiedade que explicitarei anteriormente, delineei determinados objectivos específicos. Neste ponto, pretendo fazer o balanço da situação, na medida em que me proponho a apresentar as actividades por mim desenvolvidas durante o estágio e, os resultados que obtive com as mesmas.

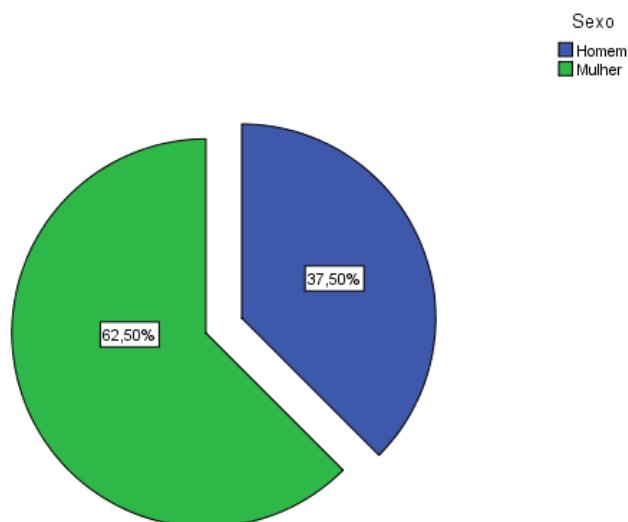
No que se refere a Aplicar o Inventário de Estado-Traço de Ansiedade Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, há a referir que isto foi efectuado após obter o consentimento informado dos clientes para participação no estudo. Tal foi conseguindo, apresentando-me enquanto estudante do Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e clarificando que me encontrava naquele departamento a efectuar um estágio no âmbito académico. De seguida, mencionei o tema do trabalho que pretendia efectuar bem como, os objectivos do mesmo e as actividades a desenvolver (dinâmicas de grupo e relaxamento muscular).

À posteriori, efectuei o levantamento dos clientes que estavam dispostos a participar no estudo em questão e, cruzei os seus dados com os critérios pré-estabelecidos para inclusão/exclusão no mesmo. Aos clientes que aceitaram participar e que estivessem incluídos nos critérios de inclusão, foi fornecido o formulário de consentimento informado (ANEXO VI) para que o entregassem devidamente assinado.

Após este procedimento, foi então solicitado aos clientes que preenchessem o inventário de estado-traço de ansiedade de Spielberger tendo sido clarificadas as instruções para o seu preenchimento. Nesta fase inicial, resultou um n , correspondente à amostra, de 8 pessoas o que, correspondia ao total dos clientes que frequentavam o grupo socioprofissional. Isto porque todos aceitaram participar e, todos preenchiam os critérios definidos para inclusão no estudo.

Da amostra inicial ($n=8$), 37,5% ($n=3$) eram do sexo masculino e 62,5% ($n=5$) do sexo feminino, conforme dados do gráfico abaixo. Relativamente às idades, a média rondava os 45 anos de idade, com um mínimo de 22 anos e máximo de 75 anos.

Gráfico 1 - Caracterização da amostra em estudo ($n=8$), por sexo (%)



Após análise dos dados obtidos através da aplicação da STAIT Y1 (relativa à ansiedade estado) cujo $n=8$ como já referi anteriormente, surge uma média de valores obtidos de 55,75 com desvio padrão de 9,19. O valor mínimo obtido é de 37 e o máximo de 65.

Face à aplicação da STAIT Y2 (que reflecte a ansiedade traço) neste primeiro momento, o n é também de 8 e surge uma média de 56,63 sendo o desvio padrão de 12,71. O mínimo obtido é 32 e o máximo 73.

Pegando nestes dados, pretendia Desenvolver acções fomentadoras da criação de um grupo terapêutico. Para este efeito, muni-me dos princípios de Yalom para o estabelecimento de grupos terapêuticos tal como já descrevi anteriormente. De certo

modo, tive o trabalho facilitado uma vez que, no local onde realizei o estágio, já existia um grupo que visava ser terapêutico no qual, tive a possibilidade de efectuar a aplicação do meu projecto. Pude observar as entrevistas de selecção dos elementos para o grupo de acordo com as necessidades por eles manifestadas e a motivação para integrarem o grupo socioprofissional. Conjuntamente, era determinado pelos técnicos da equipa (um médico e o meu enfermeiro orientador no local) se estavam reunidos os critérios de inclusão no grupo em questão.

O facto do meu enfermeiro orientador ser um profissional experiente na criação e dinamização de grupos terapêuticos foi sem dúvida uma mais-valia uma vez que eu reconhecia em mim, necessidades de aprendizagem a esse nível.

O modo como organizei as sessões do projecto já tinha em conta a obtenção de determinados princípios na medida em que não só eram prestados esclarecimentos relativamente ao próprio fenómeno de ansiedade (sinais e sintomas, manifestações, etc) como também se procurava explorar o potencial do relaxamento muscular segundo Jacobson (adaptado) na gestão desse mesmo fenómeno, aqui numa vertente mais prática visando a busca do controlo, o caminho certo para a mudança. Procurei fomentar a esperança dos clientes relativamente à gestão de situações de ansiedade, recorrendo para tal a reforços positivos face a comportamentos/atitude que tivessem adoptado correctamente bem como, promovendo a identificação entre os elementos do grupo e reconhecendo os progressos dos outros. Também foi fundamental promover no grupo o princípio da universalidade, de modo a que os clientes reconhecessem que existiam mais pessoas a experienciar ansiedade negativa e desajustadamente o que, como o princípio anterior, foi obtido ao fomentar a participação dos clientes nas sessões, procurando que estes partilhassem voluntariamente algumas das suas experiências, tentando contudo não invadir o seu espaço, respeitando a sua vontade de intervir ou não o que pode ser considerada uma aprendizagem interpessoal.

Através destes aspectos procurei então fomentar nos clientes participantes o desenvolvimento de determinadas competências sociais, pela identificação das suas próprias manifestações de ansiedade e pelo reconhecimento e implementação de estratégias para gestão das mesmas. Pelo meio acabou mesmo por haver uma certa modelagem entre os elementos do grupo que, pelas partilhas mútuas, se foram

identificando com o percurso uns dos outros, reconhecendo-se a importância da aprendizagem interpessoal.

O que a meu ver ficou por desenvolver relativamente aos princípios de Yalom tem a ver com o envolvimento da família dos clientes neste processo o qual não foi possível de todo o que a meu ver teria sido deveras enriquecedor. Foi possível compreender do ponto de vista de alguns clientes, a forma como o seu núcleo familiar convivia com os seus processos ansiosos embora também nunca tenha explorado muito este tema devido à escassez de tempo.

Ao longo deste processo, tive também como objectivo, Identificar manifestações de ansiedade num grupo de pessoas com doença mental. Isto foi conseguido essencialmente, através da observação dos clientes que participaram no projecto de intervenção. Para além disso, procurei que os clientes tomassem consciência das suas próprias manifestações de ansiedade, sendo capazes de as verbalizar. Com este intuito, na 3ª sessão do projecto de intervenção na ansiedade (ANEXO IX), intitulada “Manifestações da ansiedade”, abordei esta temática, procurando que ocorresse uma identificação dos clientes relativamente ao que era abordado, estimulando-os a verbalizarem a sua própria experiência relativamente ao fenómeno em estudo. Deste modo, foi possível identificar nos clientes, sintomas psíquicos e físicos/somatizações.

Os sintomas físicos foram os mais verbalizados. Contudo, a maior parte dos clientes, tem alguma dificuldade em relacionar os mesmos com a ansiedade. Dos sintomas mais verbalizados constam a fadiga, a falta de ar/sensação de sufoco, picadas nas mãos/pés, instabilidade/sensação de desmaio, dores no peito e palpitações, afrontamentos, arrepios, mãos húmidas, dificuldade em engolir, insónia, boca seca e tensão/dor muscular o que vai ao encontro do referenciado na literatura. Os clientes participantes reconhecem também sentir ansiedade e ter dificuldade em geri-la embora as suas verbalizações relativamente a este facto sejam bastante subjectivas. Posso salientar o facto de alguns terem referenciado sentir descontrolo, dificuldade em controlar os pensamentos e sensação de que algo de mau lhes vai acontecer. Face ao exposto, reconheço a pertinência que o estudo mais aprofundado destes dados teria mas foi-me de todo impossível explorar estes indicadores.

Ao Promover a partilha de sentimentos/vivências dos elementos do grupo, capacitando-os para a autogestão da ansiedade através de intervenções de enfermagem previamente estruturadas fui buscar alguns dos princípios de Yalom que já mencionei anteriormente. Ao longo do processo também se visou o libertar de sentimentos e emoções que muitas vezes são reprimidas o que considero ter sido possível graças à coesão que se criou entre os elementos do grupo (clientes e profissionais) e que possibilitou o desenvolver de alguns laços de confiança que foram o ponto de partida para o verbalizar de determinadas inquietações. O primeiro passo foi esse reconhecer e partilhar emoções e sentimentos, o segundo foi a identificação com alguns elementos do grupo e, pode-se considerar que o terceiro foi o aceitar a realização da estratégias propostas (relaxamento muscular segundo Jaconson adaptado) como técnica que poderá ter impacto positivo ao nível da gestão da ansiedade.

Ao Realizar sessões utilizando dinâmicas de grupo e aplicando o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson (adaptado) num grupo de clientes de enfermagem com doença mental coloquei em prática os fundamentos teóricos abordados na sessão inicial relativamente ao método em questão. Para tal fiz uso de material já existente no departamento, mais concretamente, colchões e rádio. A melodia escutada foi escolhida por mim mas, respeitando as preferências que os clientes me foram especificando ao longo das sessões realizadas como mais fomentadora de um estado de relaxamento em oposição aquela que lhes tornava difícil o aceder a esse mesmo estado.

No final de cada sessão era sempre guardando um espaço para partilha do ocorrido no qual os clientes eram estimulados a participar referindo as sensações experienciadas e as “imagens” criadas na sua mente. O bem-estar era uma sensação extremamente verbalizada pela globalidade dos participantes. Embora, face às “imagens”, houvesse uma grande heterogeneidade, destaco uma cliente que, quase repetidamente afirmava que se tinha visto e sentido sentada numa nuvem com os pés a baloiçar, sentindo-se extremamente leve.

Quero destacar também a importância que fui dando à reprodução das sessões no domicílio, de forma sistemática ou, sempre que os clientes sentissem necessidade pelo que, foram sendo munidos das ferramentas necessárias para tal. Foram-lhe explicados

os princípios do relaxamento segundo Jacobson bem como a forma mais adequada de encontrarem uma melodia que podia complementar a sessão. Uma cliente solicitou mesmo efectuar uma gravação áudio da sessão com o seu próprio telemóvel. Isto porque, após a primeira sessão do projecto, tentou reproduzir o relaxamento em casa mas sentiu que tinha dificuldade em pensar no que iria fazer e, ao mesmo tento, reproduzi-lo. Assim, foi-lhe concedido que efectuassem a gravação e, foi com bastante agrado que recebi a notícia de que, essa mesma cliente, efectuava as sessões de relaxamento na sua casa, com bastante benefício em termos da redução da ansiedade, como a mesma afirmava.

Por último, o objectivo Avaliar o impacto das referidas sessões na ansiedade dos clientes, obtendo *feedback* destes através de entrevista bem como, pela reaplicação do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade Forma Y (STAI-Y), de Spielberger no final da intervenção foi conseguido pela segunda aplicação do instrumento mencionado e, consequente comparação com os resultados obtidos no primeiro momento. Isto foi efectuado na última sessão do projecto de intervenção. O n é igual a 4 o que pode ser explicado pelo facto de 4 clientes terem abandonado o grupo sócio profissional e, consequentemente, o projecto de intervenção na ansiedade.

Da análise estatística dos dados obtidos neste momento resulta, STAIT Y1 (correspondente à ansiedade estado) com média de 42 com desvio padrão de 4,546. O valor mínimo obtido é de 38 e o máximo 48. No que respeita à aplicação da STAIT Y2 (correspondente à ansiedade traço) neste segundo momento obteve-se uma média de 52,75 com um desvio padrão de 17,858, um mínimo de 37 e um máximo de 74.

Esquematizando os resultados obtidos por forma a melhor comparar com os achados pelo primeiro momento de aplicação da STAIT, surge a tabela abaixo.

		Antes intervenção	Após intervenção
STAIT Y1	Média	55,75	42
	Desvio-padrão	9,19	4,546
STAIT Y2	Média	56,63	52,75
	Desvio-padrão	12,71	17,858

*De salientar a diferença de participantes nos dois momentos sendo que, no primeiro momento $n=8$ e no segundo $n=4$.

Tabela 2 – Dados obtidos pela aplicação da STAIT Y1 e STAIT Y2

Da análise da tabela acima apresentada destaca-se a redução ao nível da média dos resultados da STAIT Y1, do primeiro momento de aplicação (antes da intervenção) ao segundo momento (após a conclusão do projecto de intervenção), respectivamente, de 55,75% para 42%. É certo que, após a aplicação do projecto de intervenção em enfermagem na ansiedade num grupo de pessoas com doença mental, se denota uma redução da ansiedade quer enquanto estado quer enquanto traço. Contudo, dada a especificidade de ambos os tipos de ansiedade estudados pela aplicação do inventário de ansiedade estado-traço e, tendo em conta que, a ansiedade traço surge mais associada às características da personalidade, não é de estranhar que, a mudança a este nível seja diminuta, passando de uma média de 56,63% para 52,75%. Não esqueço a importância que outras variáveis poderão ter tido a este nível, aspecto esse, que clarificarei mais adiante.

6.2.1. Discussão dos resultados

Os efeitos do relaxamento na saúde têm sido largamente estudados ao nível do bem-estar e da ansiedade dos indivíduos. Os dados obtidos neste estudo vão ao encontro do que consta na literatura relativamente aos benefícios do relaxamento na diminuição da ansiedade. Na maior parte dos estudos encontrados face à ansiedade, os autores utilizam a STAIT como instrumento de avaliação, sendo que os moldes de aplicação desta e da técnica de relaxamento propriamente dita é que diferem um pouco dos adoptados durante a realização deste projecto.

No que respeita aos *settings* de aplicação e à população-alvo esta também varia entre cuidados em ambulatório, como o que aqui apresento e, cuidados em ambiente hospitalar em contexto de internamento, numa população que pode diferir bastante, depreendendo-se a imensidade de aplicações da técnica em questão. Numa revisão sistemática da literatura acerca da eficácia do relaxamento muscular progressivo em pessoas com esquizofrenia, realizada em 2012 por Vancampfort et al., esta heterogeneia das amostras em estudo é destacada como limitação para a generalização dos resultados. Não obstante, na totalidade dos estudos analisados por esse mesmo autor, comprovou-se a diminuição da ansiedade dos participantes após aplicação do relaxamento muscular (Vancampfort et al., 2012). A amostra incluída no estudo que apresento coincide na totalidade com os clientes que integram o grupo socioprofissional de área de dia do meu

local de estágio sendo que, os critérios de inclusão/exclusão para o estudo vão ao encontro dos itens descritos para inclusão no grupo referido. Em outros estudos encontrados, os critérios de inclusão são mais restritivos e o número participantes acaba por ser muito superior ao que aqui apresento, resultante de algumas limitações.

Vancampfort et al. (2011) levaram a cabo um outro estudo na Bélgica que visava examinar a eficácia de uma única sessão de relaxamento muscular progressivo (25 minutos) ao nível da ansiedade e bem-estar subjectivo de um grupo de 27 pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Usaram a STAIT como instrumento de avaliação da ansiedade tendo aplicado o instrumento antes da realização da sessão de relaxamento e após a mesma. No seguimento do estudo anterior e, seguindo o mesmo objectivo e princípio de aplicação, Georgiev et al. (2012) realizaram um estudo na Bulgária num grupo de 31 clientes com esquizofrenia de evolução prolongada. Em ambos os estudos mencionados, os efeitos benéficos da sessão de relaxamento realizada fizeram-se sentir quando comparados com os de um grupo de controlo tendo sido demonstrado a redução do estado de ansiedade e aumento do bem-estar subjectivo o que veio corroborar os dados do presente relatório face à importância das técnicas de relaxamento serem usadas como ferramenta para a gestão da ansiedade quer quando mobilizadas por técnicos de saúde quer quando aplicadas de forma autónoma pelo cliente em questão, o qual deve estar munido das ferramentas necessárias para tal (Georgiev et al, 2012; Vancampfort et al, 2011). Ao longo de todo o processo de aplicação do projecto que tenho vindo a falar, procurei fazer isso mesmo, capacitando os clientes para a aplicação autónoma dos princípios do relaxamento.

Em Taiwan, Chen et al (2009) também comprovaram a eficácia de uma sessão de relaxamento por dia durante 11 dias o que se aproxima da repetição por mim efectuada durante este projecto, em oposição aos estudos anteriormente apresentados em que apenas se verificava a eficácia de uma única sessão de relaxamento muscular progressivo. O estudo foi aplicado a um grupo de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia ($n=9$) e os resultados ao nível da ansiedade foram avaliados mediante o inventário de ansiedade de Beck (antes da intervenção, na última sessão e uma semana após a intervenção estar finalizada), sendo comparados com os do grupo de controlo ($n=9$) (Chen et al, 2009). Também Conrad e Roth (2007) apontam para a eficácia do

relaxamento muscular progressivo na ansiedade com destaque para os bons resultados auferidos na ansiedade generalizada e na perturbação de pânico.

Os benefícios da técnica mencionada também já foram comprovados face à diminuição dos níveis de *stress*. Prova disso é a revisão sistemática da literatura realizada por Varvogli & Darviri (2011) que considera o relaxamento muscular progressivo fomentador das respostas adaptativas dos seres humanos, favorecendo a manutenção da homeostase, com bons resultados em pessoas saudáveis ou em pessoas com doenças diagnosticadas.

Como já referi, a campo de aplicação desta intervenção é vasto, prova disso são os estudos encontrados com aplicação em vários outros *settings*, para além dos serviços de psiquiatria e saúde mental. Isa et al (2013) avaliaram o impacto do treino do relaxamento muscular progressivo num grupo de pessoas com cancro prostático tendo tido bons resultados em termos da diminuição da sintomatologia depressiva, do *stress* e da ansiedade. Para chegarem a estas conclusões, analisaram 70 pessoas que beneficiaram da intervenção e compararam com um grupo de controlo ($n=68$), recorrendo à escala de depressão, ansiedade e *stress* (DASS-21) (Isa et al, 2013).

6.2.2. Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Não obstante os benefícios já comprovados do relaxamento nos níveis de ansiedade e, o facto da aplicação do projecto que aqui apresento ter sido bem-sucedida, como em todo e qualquer estudo académico, podem ser colocadas algumas limitações ao trabalho que desenvolvi. A meu ver, a que se destaca tem a ver com o tamanho reduzido da amostra o qual não possibilita que ocorra generalização dos dados obtidos. De igual modo, também pode ser tido como limitação o facto da colheita de dados ter sido efectuada num único serviço. Assim sendo, pode-se considerar que, o aqui apresentado é um estudo de caso sobre os resultados de um projecto de intervenção na gestão da ansiedade de um grupo de clientes que frequentam o grupo socioprofissional da área de dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar onde realizei o ensino clínico.

Dado o facto dos participantes integrarem o programa socioprofissional da área de dia e, alguns deles, serem seguidos em consultas de acompanhamento em CIR, torna-se impossível afirmar que os resultados obtidos em termos da diminuição da ansiedade estão unicamente associados à participação neste projecto de intervenção. Neste sentido, uma sugestão para estudos futuros, em exemplo do descrito em alguns dos estudos consultados, poderia passar pelo desenvolvimento de um grupo de controlo que não beneficiasse da integração no projecto de intervenção. Assim, seria possível efectuar uma comparação entre os dados obtidos em ambos os grupos (controlo e experimental).

Para além disso, surge o facto de, não ter analisado determinados factores que poderiam ter relevância o que surge em concordância com o referido por Georgiev, et al. (2012, p.371),

“we did not investigate the antipsychotic medication use, the presence of psychiatric symptoms, illness duration, socio-economic and education status in order to increase the external validity of our sample (...) our study did not examine potencial physiological and/or psychological mechanisms that are responsible for the reduced state anxiety”.

De considerar também o facto de, no presente estudo avaliar-se apenas a redução da ansiedade imediatamente após a participação no projecto de intervenção não havendo avaliação a longo prazo do impacto ao nível da gestão da mesma, como o verificado em alguns estudos anteriormente mencionados, o que limita os resultados obtidos no sentido em que só se avaliam os benefícios imediatos ou a curto prazo.

Face aos dados quantitativos apresentados, penso que poderia ter havido um complemento por parte da introdução de alguns dados qualitativos que viriam a enriquecer o estudo da problemática, pelo aprofundar da mesma. O obtido, trata-se unicamente da percepção que os clientes têm daquilo que sentem e experienciam mas, até que ponto é que não seria proveitoso em termos investigativos, a inclusão de informações de outras fontes, como sejam os técnicos de saúde que acompanham aquelas pessoas? A observação é uma ferramenta que deve ser mobilizada pelos técnicos de saúde, particularmente pelos enfermeiros, pelo que poderia ter sido proveitoso a inclusão e análise qualitativa de alguns desses dados o que acabou por não ser possível pela limitação temporal para realização do estágio propriamente dito.

Pode-se também encarar como limitação o facto de alguns dos clientes não serem assíduos e pontuais. Alguns deles deixaram mesmo de frequentar a área de dia, o que limitou o número de pessoas que inclui na amostra. Dentro dos que se mantiveram a frequentar o grupo sócio profissional e a participar no projecto de intervenção na ansiedade, verificou-se que não o faziam de forma continuada uma vez que faltavam às sessões sem aviso prévio, o que poderá ter comprometido os resultados que obtiveram quer em termos individuais quer em termos de grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero a enfermagem uma arte que exige devoção e rigor por parte dos enfermeiros. Acredito na essência da disciplina de enfermagem, nos pequenos-grandes gestos que tornam gratificante o meu dia-a-dia enquanto enfermeira, as conquistas dos clientes de quem cuido que se tornam as “minhas” conquistas, que creio algumas vezes derivarem dos cuidados que presto.

Foi isto que determinou o investimento que procurei fazer na minha formação na área de especialidade que me agrada particularmente e em que tenho privilégio de exercer funções, a saúde mental e psiquiátrica. Findo este caminho que me propus percorrer, estou satisfeita com o trabalho realizado, com as aprendizagens que me foi possível efectuar e com as competências que me foi permitido adquirir e desenvolver. Penso que os objectivos a que me propus foram atingidos quase na sua plenitude o que vem trazer um balanço positivo a este investimento pessoal e profissional.

Assim, atendendo à questão de partida dada a conhecer no início do relatório, *“Qual o impacto de um projecto de intervenções de enfermagem (dinâmicas de grupo e técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson) na gestão da ansiedade de um grupo de pessoas com doença mental?”*, pode-se considerar que a implementação do projecto de intervenção em enfermagem na ansiedade, que foi aplicado durante o período de estágio, teve impacto comprovado ao nível da diminuição dos níveis de ansiedade dos participantes. Prova disso são os resultados obtidos pela aplicação da STAIT que apresentei após análise estatística através do SPSS®.

No Relatório de Primavera de 2012 (OPSS, 2012) é feito o paralelo entre a situação sócio-económica actual no nosso país e o impacto desta na saúde. Um dos principais problemas mencionados tem a ver com a saúde mental particularmente com a questão da ansiedade que foi alvo de estudo do presente trabalho. Assim, perante toda esta conjectura é de todo pertinente que os profissionais de saúde procurem mobilizar vários conhecimentos com vista a uma melhor intervenção junto dos indivíduos aos quais é identificado o fenómeno ansiedade o que terá impacto ao nível da qualidade dos

cuidados prestados. Neste âmbito, a detecção precoce é muito importante devendo passar pela identificação dos indivíduos com ansiedade, através da aplicação de escalas de modo a resolver ou minimizar os problemas apresentados pelos indivíduos de modo tão breve quanto possível (OPSS, 2012; OE, 2001)

A aplicação das técnicas que mobilizei surge como uma forma de intervenção autónoma de enfermagem que também se torna pertinente no contexto acima referido uma vez que, implica poucos custos e, dados os benefícios comprovados em termos da diminuição da ansiedade, poderá ter impacto ao nível da taxa de internamentos dos indivíduos e, eventualmente uma diminuição do consumo de medicação ansiolítica (OE, 2001)

Tive particular interesse pelo estudo da temática da ansiedade, não só por ser algo que me interessa particularmente como pelo facto de ser um fenómeno bem actual e prevalente na nossa sociedade. Pareceu-me pertinente o mobilizar de estratégias de intervenção a este nível para que as vivências das pessoas relativamente a este fenómeno sejam o mais saudáveis possível, evitando a experiência patológica. Isto se poderá reunir num grupo de intervenções autónomas de enfermagem particularmente no domínio das competências do EESMP daí a pertinência e importância da sua mobilização nos mais diversos contextos quer hospitalares quer comunitários. Claro que a implementação de projectos como o que aqui apresento implica que haja uma sensibilização das administrações dos serviços de saúde e também dos profissionais que, muitas vezes estão descontentes e, pura e simplesmente, não querem fazer mais alegando que não são recompensados. Será a qualidade dos cuidados que prestamos uma recompensa ou um dever daqueles que, como os enfermeiros, prestam um serviço à comunidade? Será que os clientes de enfermagem não deverão ter acesso a cuidados dignos e que visem o seu equilíbrio bio-psico-social?

Embora tente manter os pés assentes na terra, é-me impossível não acreditar num futuro promissor para a disciplina de Enfermagem e para o cuidar que lhe é inerente. Daí o desejo de que este relatório possa ser divulgado e, os resultados do mesmo possam ser partilhados por forma a que se acredite nos benefícios em termos de custo-eficácia deste tipo de intervenções. Isto para que, a longo prazo, seja possível a sua

implementação em vários serviços de saúde, com benefício para o maior número de clientes possível, com impacto ao nível da saúde e do bem-estar mental.

Para além disso, importa destacar que, a manutenção da saúde mental é uma meta considerada prioritária no Plano Nacional de Saúde Mental 2007 – 2016 (Ministério da Saúde, 2008) uma vez que os problemas de saúde mental são tidos por principais causas de incapacidade e morbilidade o que ainda trás maior importância para o estudo da temática apresentada. O enfermeiro deve assim intervir por forma a “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida” (OE, 2001, p.9). Ainda de acordo com a mesma fonte (OE, 2001) é de extrema relevância a realização de trabalhos de investigação como o presentemente apresentado sendo que, os resultados dos mesmos devem ser incorporados na prática de cuidados com vista à melhoria dos mesmos, o que dá ênfase ao exposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. M. Caldas & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (J.N.Almeida Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original do inglês Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ªed.,2000)
- Baptista, A.; Carvalho, M.; Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia* [online]. 15. 1-2. P. 267-277. Acedido a 2/6/2.13. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-20492005000100013&script=sci_arttext.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (A. Queirós Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original em inglês From Novice to Expert).
- Chen, W.; Chu, H.; Lu, R.; Chou, Y.; Chen, C.; Chang, Y. (...) et al. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*. 18. 2187-2196. DOI. 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
- Conrad, A. & Roth, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of anxiety disorders*. 21. 243-264. DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.08.001.
- Ferreira, M.E. (2005). *Um olhar sobre a (d)estigmatização do doente mental*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, Escola de Saúde de Leiria.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Furtado, C. ; Ribeiro, M. & Gaspar, M. (2010). *Análise da evolução da utilização de psicofármacos em Portugal Continental entre 2000 e 2009*. Lisboa: Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde. Direcção de Economia do Medicamento e Produtos de Saúde.
- Furtado, C. (2013). *Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000-*

- 2012). Lisboa: Infarmed.
- Gago, J. et al. (2009). *CIR – Cuidados Integrados e de Recuperação. Manual de trabalho. Versão 1.3*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- George, J. et al. (2000). *Teorias de enfermagem – Os fundamentos à prática profissional*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Georgiev, A. et al. (2012). Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic bulgarian patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 24. 4. 367-372. Acedido a 05-05-2014 em:
http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol24_no4/dnb_vol24_no4_367.pdf.
- Guerra, M.P. & Lima, L. (2009). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Isa et al. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi-experimental study. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 14(4). 2237-2242. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.4.2237>
- Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. (2002). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations. *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd. Acedido a 14-02-2014. Disponível em http://media.johnwiley.com.au/product_data/excerpt/22/04700213/0470021322.pdf.
- Manes, S. (2011). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora. (Traduzido do original do italiano 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi)
- Ministério da Saúde – Portugal, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Montgomery, S. (1993). *Ansiedade e depressão*. (A. P. Carneiro Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Traduzido do original do inglês Anxiety and depression).
- Nabais, A. (2008). Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: âmbito e contextos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 30 (Outubro 2008). p. 38-43.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems model*. 5th Ed. Boston: Pearson.

- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS (2012). *Relatório de Primavera 2012 : Crise & saúde, Um país em sofrimento*. Lisboa: OPSS.
- Odgen, J. (1999). *Psicologia da saúde*. (C. Patrocínio & F. Andersen Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Traduzido do original em inglês Health psychology a textbook).
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem saúde mental e psiquiátrica (2011a). *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento N°129/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. *Diário da República 2ª Série*, N°35 (18-02-2011), 8669- 8673.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento n°122/2011 (2011c). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista*.
- Pais-Ribeiro, J.L. & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, saúde & doenças*. 5 (1). 3-15.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prática para profissionais de saúde*. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional).
- Riley, J. (2012). Chapter 20: Relaxation. In: Riley, J. (2012). *Communication in nursing*. 7th Ed. EUA: Elsevier.
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar*. Loures: Lusociência.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em Medicina – Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*. 22. 89-98. Acedido a 2-6-2013. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/1/089-098.pdf>
- Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria clínica*. 21 (4). P. 261-278.
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. 2ª Ed. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Serrão, D. (s.d.). *Vulnerabilidade: uma proposta ética*. Acedido a 05-01-2014.

Disponível em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=124>.

- Schryer, J. (1994). Tratamento não farmacológico da ansiedade. *Update*. 6. 68. 20-24.
- Silva, D. & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do inventário de estado-traço de ansiedade – Forma Y (STAIT-Y), de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*. 33. 71-89.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: 2ªEd. avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre: 6ª Edição. Artmed Editora. (Tradução do original do inglês Stuart & Sundeen's Principles and practice of psychiatric nursing, 1998)
- Townsend, M. (2008). *Nursing diagnoses in psychiatric nursing: care plans and psychotropic medications*. 7th Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (S.C.Rodrigues Trad.). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original do inglês Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 6ª ed., 2009).
- Vancampfort, D.; De Hert, M.; Knapen, J.; Maurissen, K.; Raepsaet, J.; Deckx, S. (...) et al. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 25 (6). 567-575. DOI: 10.1177/0269215510395633.
- Vancampfort, D.; Probst, M.; Skjaerven, L.; Catalan-Matamoros, D.; Lundvik-Gyllensen, A.; Gómez-Conesa, A. (...) et al. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy*. Vol. 92. Num.1. Acedido a 05-05-2013. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/92/1/11.full.pdf>
- Varvogli, L. & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence. Based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. Vol. 5. Issue 2. 74-81. Acedido a 05-05-2013. Disponível em <http://www.hsj.gr/volume5/issue2/521.pdf>.
- Yalom, I. & Vinogradov, S. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. (D. Baptista

Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Traduzido do original do inglês Group Psychotherapy, 1982).

Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem.

Rev.latino-am.enfermagem. Vol. 7 (3). 25-32.Acedido a 17/01/2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]

1º Diário de Aprendizagem

- Unidade de Internamento de Doentes Agudos –

- Consulta Externa de Psiquiatria -

Discentes:

Neuza Alexandra Pinto Coelho N° 4708

Docente:

Prof. Domingos Malato

A situação que me proponho descrever tem a ver com uma sessão de enfermagem realizada no âmbito do programa CIR (Cuidados Integrados e de Recuperação). Este programa foi criado pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental com vista a ajudar as pessoas com sintomas psiquiátricos a desenvolverem formas de lidar com a doença mental de forma a manter a sua qualidade de vida. Consiste em um conjunto de sessões semanais efectuadas por profissionais de saúde podendo ser realizadas individualmente ou em grupo durante um período entre três a seis meses, tempo este que pode variar tendo em conta a avaliação que o profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro, efectua relativamente ao estado de saúde mental do cliente (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009).

É enfatizada a importância de estabelecer metas/estratégias que permitam ao cliente atingir os seus objectivos pessoais, os quais devem ser definidos nas primeiras sessões. Neste sentido, a base é a psicoeducação, a mobilização de técnicas de confrontação e de resolução de problemas do cliente (Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009). Isto vem a trazer relevância para a prática centrada na prevenção primária o que poderá ter benefícios para o próprio cliente de enfermagem e também benefícios relacionados com a relação custo-benefício dos cuidados prestados.

A D^a J. é uma senhora de 60 anos de idade, melanodérmica, angolana, residente na área de abrangência do centro hospitalar onde realizei o estágio, desde há cerca de 10 anos. Vive sozinha. Tem duas filhas que residem em Espanha que a cliente refere serem apoiantes. História de quadro depressivo há 28 anos sendo acompanhada por psiquiatria desde essa altura. Trabalha como assistente operacional numa escola perto do seu local de residência estando actualmente de baixa médica.

Teve internamento na UIDA (Unidade Internamento de Doentes Agudos) durante o mês de Outubro de 2013 por queixas de angústia, isolamento, humor deprimido, alterações da memória, ideias de ruína e diminuição da vontade de viver. Diagnóstico médico de depressão com sintomas psicóticos. Teve alta na passada semana medicada com: Lamotrigina 100 mg (100); Amissulpride 50 mg (100); Olanzapina 5 mg (1010); Quetiapina 200 mg (001). Na minha opinião de destacar a boa articulação da UIDA com a consulta externa de Psiquiatria por meio da carta de alta de enfermagem que já havia transitado para este último serviço. De mencionar também o curto período decorrente da alta até à próxima consulta de Psiquiatria (cerca de uma

semana) o que permite a monitorização do estado mental da cliente tão precocemente quanto possível, dando continuidade aos cuidados prestados na UIDA.

Encontro-me no gabinete de enfermagem da Consulta Externa de Psiquiatria com a minha enfermeira orientadora quando a D^a J. surge à porta acompanhada pela psiquiatra assistente a qual se dirige à enfermeira mencionando se esta poderá receber a cliente com vista a efectuar triagem para o programa CIR. Após resposta afirmativa, a senhora acaba por entrar para o gabinete, sendo convidada a sentar-se. A sala onde nos encontramos é um dos gabinetes da consulta externa de Psiquiatria do centro hospitalar. A enfermeira não realiza os atendimentos de enfermagem no programa CIR sempre no mesmo gabinete devido a condicionantes do próprio serviço uma vez que concomitantemente, vão ocorrendo consultas médicas. Este facto, na minha opinião, poderia dificultar algum tipo de relação de proximidade a estabelecer com os clientes de enfermagem uma vez que, o associar de determinado profissional a determinado espaço físico poderá eventualmente facilitar o estabelecimento de uma relação de ajuda. No entanto, no caso que aqui apresento, tal parece não se verificar.

No início do contacto, eu e a enfermeira apresentamo-nos, dizendo os nossos nomes e as nossas funções o que se torna determinante para permitir uma identificação clara do profissional de saúde.

Face aos gabinetes de consulta a que já me referi anteriormente, importa clarificar que estes são constituídos por uma secretária com um computador sobre a mesma e cadeiras dispostas de um lado e de outro. No momento da intervenção de enfermagem que descrevo, eu e a enfermeira, sentamo-nos de frente para a D^a J., embora com a secretária a separar-nos. A D^a J. apresenta uma postura curvada dirigindo-se a nós, fixando o olhar. De igual forma, a enfermeira adopta uma postura curvada, dirigindo-se para a cliente focando o olhar e gesticulando à medida que fala o que acabam por ser estratégias utilizadas para minimizar as dificuldades trazidas pelo ambiente físico da própria sala. Tudo isto com vista a diminuir o impacto destes condicionantes no estabelecimento de uma relação de ajuda que comporte benefícios para o cliente.

Quanto a mim, acabo por estar sentada numa cadeira também disposta por detrás da secretária. No entanto, tenho as costas encostadas à cadeira, observando a interacção entre a enfermeira orientadora e a cliente. Esta acaba por ser uma postura incorrecta

numa intervenção de enfermagem uma vez que incentiva o distanciamento que à partida o próprio espaço físico pode condicionar. Contudo, como já referi, naquele momento eu estava numa posição de aprendiz, observando apenas intervenções em CIR daí o facto de não intervir no decurso da entrevista o que vem a justificar o meu posicionamento durante a realização da mesma.

A cliente apresenta aparência cuidada e vestuário adequado à estação do ano. Consciente e orientada, auto e alopsiquicamente. Atenção captável e fixável. Discurso fluído. Fácies triste, humor deprimido. Sem aparentes alterações do pensamento e/ou percepção.

Quando abordada pela enfermeira, menciona que teve alta da UIDA a semana passada sendo que, enquanto aluna a realizar o estágio no departamento de Psiquiatria, já havia ouvido comentar o caso clínico da senhora em reuniões com a equipa multiprofissional. Refere que desenvolveu quadro de isolamento, adinamia, anorexia (com perda acentuada de peso, passando do 52 para o 46 de calças). Diz “passava o dia todo em casa, deitada na cama” (sic). Acaba por recorrer ao serviço de urgência do centro hospitalar após pressão por parte de alguns amigos que “perceberam que eu não estava bem” (sic). Quando questionada pela enfermeira relativamente ao diagnóstico clínico afirma que lhe disseram que se tratava de uma depressão bipolar. A enfermeira questiona-a face a esse termo, se ela saberia do que se trata ao que a doente responde negativamente. Neste sentido, a intervenção da enfermeira começa por uma explicação do próprio diagnóstico médico, explicitando à D^a J. em que consiste a doença bipolar. Fala-lhe nas fases da doença ao que a D^a J. vai respondendo prontamente, identificando-se e referindo “também já tive fases assim [referindo-se à fase maníaca], andava muito feliz, até deixei de tomar os medicamentos porque me sentia bem. (...) Até gastei foi muito dinheiro, fiquei com algumas dívidas. (...) Veja lá que no outro dia fui encontrar umas coisas guardadas lá numa caixa que eu nem me lembrava que tinha comprado nessa altura” (sic). Neste sentido, a enfermeira acaba por enfatizar a importância da medicação para o controle do humor mobilizando aspectos referentes à psicoeducação face aos efeitos da terapêutica, adequando a informação à cliente mencionada, seus conhecimentos e necessidades.

Actualmente, a D^a J. refere sentir-se um pouco melhor embora ainda reconheça em si alguma tristeza e incapacidade de realização de algumas tarefas simples. Diz “só

esta semana é que comecei de novo a fazer as coisas da casa, as refeições e assim. Antes não conseguia” (sic).

Neste ponto, é explicitado em consiste o programa CIR bem como a importância da frequência do mesmo procurando saber-se se a cliente considera ser benéfica para si a sua inclusão neste projecto. Neste sentido, a D^a J. fala insistentemente em obter isenção verbalizando os seus problemas económicos: “Do que recebo vão quase 500€ para a renda da casa. Ali fora paguei 7,50€... Para mim é muito.” (sic). Menciona que pensa colocar os papéis para junta médica para tentar reformar-se. Diz que tem medo de ir trabalhar porque não sabe usar bem o computador e teme não conseguir desempenhar bem as funções que lhe estão destinadas. A enfermeira acaba por mobilizar alguns aspectos referidos pela D^a J. para destacar a importância que a frequência do programa CIR poderá ter na melhoria do seu estado de saúde posto o que, a D^a J. acaba por demonstrar vontade em integrar o projecto uma vez que julga que este pode ser bom para si. Aparenta motivação para a frequência do CIR.

No final da intervenção, a enfermeira prepara a D^a J. para a próxima sessão fornecendo-lhe uns documentos para esta preencher e dando-lhe algumas directrizes. Deverá falar sobre os seus problemas, sobre as estratégias que já utilizou para os tentar resolver e sobre os seus objectivos e possibilidades de obtenção dos mesmos. Também lhe é entregue uma grelha onde deverá colocar diariamente o que lhe acontece de positivo e negativo ao longo do dia.

Acabei por não participar muito na sessão que descrevo acima limitando-me apenas a tecer alguns breves comentários. Obviamente, acabei por não me sentir muito confortável com esse facto mas eu própria não me senti capaz de intervir muito em parte por não conhecer muito bem o programa CIR sabendo apenas os seus pilares basilares através de pesquisas bibliográficas que fui efectuando e, através da partilha efectuada com a enfermeira orientadora. Outro factor prende-se com o facto de exercer funções num serviço de internamento de agudos não estando muito familiarizada a este tipo de intervenções efectuadas em ambulatório. Assistir à sessão dinamizada pela enfermeira, fez-me ter noção desses meus *handicaps* e da necessidade de investimento pessoal para superar os mesmos, promovendo o desempenho de uma prática de cuidados de enfermagem que traga o maior benefício possível para os clientes dos quais cuido.

Saliento também que, devido ao receio de quebrar a dinâmica que estava a ocorrer entre a minha enfermeira orientadora e a D^a J, optei por adoptar um papel de observadora. Hesitei ao interferir durante grande parte da sessão uma vez que, em determinados momentos ficava na dúvida se seria benéfico ou não fazê-lo o que tem a ver com aspectos já mencionados face ao desconhecimento das intervenções em CIR mas também face ao facto de me encontrar na fase inicial do estágio de modo que, ainda estava a tentar percepcionar a dinâmica de funcionamento da consulta externa de Psiquiatria, do próprio Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e, também no que diz respeito à área de abrangência do mesmo.

No seguimento do que tenho vindo a referir, essencialmente senti-me algo constrangida devido a estar presente naquela dinâmica podendo de algum modo interferir negativamente na mesma. Por outro lado, senti curiosidade perante o desenvolvimento daquele tipo de intervenção de enfermagem bem como, da importância da mesma junto dos clientes. Neste sentido, senti necessidade e vontade de desenvolver competências que me permitam, enquanto futura especialista em Saúde mental e Psiquiatria, desenvolver, junto dos clientes dos quais cuido, intervenções semelhantes sendo este o meu principal pensamento ao reflectir sobre esta situação.

Para o desenvolvimento deste tipo de habilidades espero ser-me possível assistir a mais sessões de CIR pois, através da observação da minha enfermeira orientadora, ser-me-á possível percepcionar, na prática, em que consistem estas intervenções. Também espero poder coordenar uma intervenção CIR com a supervisão da minha orientadora estando esta acção agendada para uma primeira consulta de enfermagem em CIR numa cliente encaminhada para o programa pelo seu médico psiquiatra. Concomitantemente, penso que será pertinente a consulta do manual CIR elaborado pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental bem como, outro tipo de pesquisas bibliográficas que julgue importantes para o bom desempenho dos cuidados de enfermagem.

De destacar que, para fazer a psicoeducação que foi amplamente mobilizada pela minha enfermeira orientadora, antes de mais o profissional de saúde, tem que possuir bases sólidas que sustentem o que diz, tem que demonstrar confiança, adequar a sua linguagem ao cliente com que se depara e, acima de tudo, procurar que a sua intervenção tenha sentido para a pessoa, indo ao encontro aos objectivos da mesma. Neste sentido, é de salientar a importância do material de apoio mobilizado pela

enfermeira ao longo desta sessão os quais já falei anteriormente. Isto com o intuito de, futuramente, conhecer melhor a cliente mas também, compreender os objectivos da mesma, procurando em conjunto com esta, delinear estratégias para a sua obtenção. São estes aspectos que eu penso que poderia desenvolver futuramente o que vai ao encontro do objectivo por mim definido para este estágio, relativamente ao auto-conhecimento. Isto porque, como nos diz Rispail (2003, p. 39): “Você, os seus valores, as suas emoções, a percepção que tem de si mesmo, vão determinar o sentido da sua acção. A motivação será o motor”.

É essa mesma motivação que sinto que tenho dentro de mim para desenvolver novas competências que conduzam a uma prática de cuidados de enfermagem especializados com benefícios para os clientes dos quais cuido. Esta busca pela motivação acaba por focar a exploração do meu Eu, do meu potencial enquanto pessoa e enquanto futura enfermeira especialista em Saúde mental e Psiquiatria e ainda da percepção de mim e dos outros (Rispail, 2003).

Perante tal, penso que foi positivo o facto de ter reconhecido as minhas limitações ao nível da actuação neste tipo de cuidados de enfermagem, reconhecendo a necessidade de desenvolvimento quer pessoal quer profissional. De negativo, posso destacar o facto de não ter tido uma participação muito activa ao longo da sessão de CIR. Porém, pelo facto de me encontrar a realizar um estágio no âmbito da especialidade de Saúde mental e Psiquiatria com vista à aquisição/desenvolvimento de competências a este nível, este tipo de situações de aprendizagem em que nos deparamos com as nossas próprias limitações fazem todo o sentido uma vez que possibilitam uma reflexão sobre a acção.

Posto isto, é meu desejo que, numa situação futura me sinta mais preparada e mais segura para poder ter uma participação mais activa neste tipo de intervenções de modo a reconhecer em mim o potencial para a aplicação prática do programa CIR, quiçá no meu contexto de trabalho.

Referências bibliográficas:

- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2009). *CIR – Cuidados Integrados e de Recuperação. Manual de trabalho. Versão 1.3.*

- Rispaill, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar*. (S. Pacheco Trad.). Loures: Lusociência, Lda. (Traduzido do original do francês Mieux Connaître pour mieux soigner: Une approche du développement en soins infirmiers, 2002).

2º Diário de Aprendizagem

- Unidade de Internamento de Doentes Agudos–

- Consulta Externa de Psiquiatria -

Discentes:

Neuza Alexandra Pinto Coelho N° 4708

Docente:

Prof. Domingos Malato

Lisboa, Outubro 2013

A D^a M. é uma senhora de 59 anos de idade, leucodérmica, residente na área de abrangência do centro hospitalar onde realizo o estágio. Tem acompanhamento em consultas externas de Psiquiatria sendo que se encontra sobre tratamento compulsivo. É-lhe administrado 150 mg de Decanoato de Haldol de 3/3 semanas. Teve internamento anterior da UIDA (Unidade Internamento de Doentes Agudos) em 2011 por alterações do comportamento e heteroagressividade dirigida a um vizinho. Tem o diagnóstico médico de psicose esquizoafectiva.

Desloca-se à Consulta Externa de Psiquiatria para administração de antipsicótico injectável de acção prolongada prescrito pelo seu médico assistente. Quando entra no gabinete de enfermagem, senta-se junto da secretária, de frente para mim e para a enfermeira que acompanho. Vestuário adequado à estação do ano. Postura curvada. Fixa o olhar. Quando questionada, verbaliza angústia e ansiedade marcadas. Presença de alterações do pensamento e da percepção com alucinações auditivo-verbais. Vozes na terceira pessoa, em tom imperativo que lhe dizem para se matar com o líquido para desentupir os canos o que a doente já tentou efectuar anteriormente. Diz serem vozes de polícias que andam sempre atrás dela e que usam a sua televisão e o seu telefone. Choro fácil. Discurso bastante lamurioso. Fácies triste e humor deprimido. Sem crítica para as alucinações afirmando que “são reais que não é apenas da minha cabeça” (sic). Dinâmica familiar, com o marido, comprometida. A D^a M. afirma que discute com o marido porque ele desvaloriza estas suas inquietações pois admite que é tudo da sua cabeça.

A D^a M. menciona também insónia marcada. Diz não dormir pelo facto de os polícias estarem constantemente a falar para ela. Refere “põem-se debaixo da janela do meu quarto a falarem sobre mim” (sic).

Após breves momentos de realização de consulta geral de enfermagem na qual se procedeu a entrevista e avaliação de enfermagem bem como avaliação do estado mental da doente, a enfermeira acaba por decidir que o melhor será a cliente ser observada pelo seu médico psiquiatra assistente para que este possa eventualmente efectuar alterações da terapêutica instituída. Com este intuito, a enfermeira abandona a sala ficando apenas eu e a D^a M. que continua a chorar ininterruptamente, soluçando e continuando a verbalizar o mal que aqueles polícias lhe fazem. Tento escutá-la atentamente, questionando-a com vista a clarificar o teor das alucinações explorando

particularmente os aspectos relacionados com o facto da D^a M. afirmar que as vozes lhe dizem para por término à sua vida. Uma vez que estava renitente em ser observada pelo médico assistente, tendo que compreenda a importância desse acompanhamento face à ansiedade que vivencia diariamente ao ouvir as vozes. A D^a M. acaba por reconhecer que não pode estar assim porque não consegue estar bem, não dorme e discute muito com o marido. Diz “só penso no desentupidor de canos que eles dizem para eu beber (...) nem o vou comprar porque tenho medo de fazer o que eles dizem e ficar mal (...)” (sic). Pego no que a D^a M. verbaliza relativamente ao facto de não comprar o desentupidor de canos, incentivando que essa é a atitude correcta a ser tomada uma vez que, ao ter o líquido facilmente acessível, poderia acabar por prosseguir com aquilo que é levada a acreditar (pelas vozes) que deve fazer. Entretanto, a enfermeira acaba por regressar ao gabinete de enfermagem verbalizando à D^a M. que o médico está disponível para a observar no intervalo das consultas. A D^a M. levanta-se, continuando a chorar compulsivamente, dirige-se à saída, agradecendo o que fizeram por ela e continuando insistentemente a falar nos “malditos polícias que só me querem fazer mal” (sic).

De destacar que, ao longo da minha intervenção, tentei pegar no que surge como significativo para a cliente tentando, de algum modo, incutir-lhe a ideia da importância de ser observada por um médico. Esta intervenção, conjuntamente com a intervenção da enfermeira que eu acompanhava, veio a relevar-se de sucesso uma vez que a cliente aceitou ser observada, aguardando a sua vez para tal.

Ao deparar-me com a situação que descrevi, não pude também eu deixar de sentir alguma angústia e impotência perante as vivências que a cliente me relatava e o impacto das mesmas no seu quotidiano. Senti que aquela pessoa precisava de ajuda mas acima de tudo, precisava reconhecer que necessitava dessa ajuda caminho esse que, na minha opinião foi iniciado naquele momento de contacto.

Face a esta experiência, foi benéfico o facto de se ter conseguido perceber o agravamento do estado clínico da D^a M. actuando-se tão precocemente quanto possível ao efectuar entrevista de ajuda e encaminhamento da cliente para o seu médico psiquiatra assistente o que poderá ter evitado um possível internamento.

Toda esta situação me fez imenso sentido enquanto exemplo da importância de se apostar na prevenção primária em saúde mental e psiquiatria tendo o enfermeiro

especialista nesta área um papel de destaque. Pelo facto de trabalhar em internamento de Psiquiatria de agudos esta é uma realidade um pouco mais afastada do meu quotidiano daí a importância do aprimorar de competências neste âmbito. Perante a realidade de crise económica que o país atravessa, estes aspectos da prevenção primária ainda se tornam mais importantes uma vez que, podem ter um impacto significativo na gestão de aspectos relacionados com a doença mental e psiquiátrica particularmente nos custos a eles associados. Também pelo facto do aumento da esperança média de vida, do aumento da acessibilidade para os cuidados de saúde que se tem vindo a preconizar e pelo aumento das exigências em termos da qualidade desses mesmos cuidados, “Torna-se cada mais premente a correcta aplicação das disponibilidades existentes, de forma a providenciar os melhores cuidados, ao maior número de pessoas e com a melhor relação custo/eficácia” (Rodrigues, 2004:51). Quando falo em custos, falo em dimensões económicas, em termos de cuidados de saúde e de disfunção social. Custos que se repercutem não só nos gastos derivados da sintomatologia mas também custos que podem estar associados ao absentismo, perda da capacidade de produção, entre outras. (Rodrigues, 2004)

Na minha opinião, esta consulta geral de enfermagem é um bom exemplo de uma intervenção a nível da prevenção primária na saúde mental, pois os enfermeiros, mesmo condicionados a determinantes em termos temporais (de tempo disponível para cada atendimento de enfermagem), procuram efectuar a avaliação de enfermagem do cliente, as suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem e, obviamente, a avaliação do seu estado mental. Perante tal, acabam por delinear estratégias de intervenção com vista a satisfazer as necessidades apresentadas. Não é o limitar de administrar antipsicóticos injectáveis de acção prolongada, cumprindo a prescrição médica, é sim, o valorizar do papel do enfermeiro, o aproveitar do seu papel privilegiado de proximidade junto do cliente do qual cuida com vista a proporcionar um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Acresce ainda a importância do funcionamento em equipa multidisciplinar, havendo uma coordenação das sinergias de cada profissional de saúde com vista a obter benefícios para os próprios clientes o que acaba por estar bem presente na situação que tenho vindo a mencionar. Assim, a importância premente da comunicação entre pares e entre outros técnicos de saúde da equipa multiprofissional, reveste-se de particular

importância na manutenção do estado de saúde do cliente e, conseqüentemente na qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

Face ao exposto, acredito que, globalmente, quer eu quer a enfermeira, adoptámos uma boa estratégia para lidar com a situação com que nos deparámos. Acabou por ficar agendada nova intervenção de enfermagem junto da cliente, 15 dias após a relatada o que iria coincidir com a data de administração do antipsicótico injectável de acção prolongada. Após a avaliação médica da cliente, a enfermeira articulou com o psiquiatra, no sentido de compreender as medidas adoptadas por este e eventuais alterações do regime terapêutico o qual sofreu modificações. Atendendo a que na maior dos psicofármacos os efeitos só se iriam sentir passadas cerca de duas semanas, ainda se revela mais pertinente o agendamento da próxima consulta de enfermagem para daí a 15 dias.

Contudo, penso que poderíamos ter actuado em outro sentido, ou seja, pelo agendamento com a cliente de novo encontro com o objectivo de monitorizar o seu estado psicopatológico, quer em termos das alucinações que apresentava quer da ideação suicida manifestada. Tal poderia colocar-se em prática passado uma semana, presencialmente, pela deslocação da cliente à consulta externa de Psiquiatria ou, através de monitorização por contacto telefónico. Sobretudo tendo em conta o elevado risco de passagem ao acto uma vez que, como já foi mencionado, a cliente verbaliza ideação suicida, considero importante este *follow up*.

Neste sentido, se ocorrer nova situação semelhante, espero poder efectuar este tipo de *follow up* da cliente o que só será benéfico para a própria e, fornecerá a nós, enfermeiros, um maior conhecimento do seu estado trazendo-nos os argumentos que nos permitirão actuar por forma a colmatar as necessidades apresentadas.

Referências bibliográficas:

- Rodrigues, F. (2004). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e a saúde mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

3º Diário de Aprendizagem

- Departamento de Psiquiatria e Saúde mental –

- Área de dia -

Docente:

Prof. Domingos Malato

Discente:

Neuza Alexandra Pinto Coelho Nº 4708

Lisboa, Novembro 2013

No dia 12 de Novembro do presente ano, iniciei o meu estágio no Hospital de dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da instituição onde realizei o estágio. Fui recebida pelo meu enfermeiro orientador do local, que me deu a conhecer o espaço físico e alguns dos membros da equipa do referido serviço. Tive também oportunidade de participar numa sessão com o grupo do programa socioprofissional sendo estas as experiências que me proponho partilhar e reflectir no presente diário uma vez que foi o primeiro contacto que tive com estruturas do género.

Hospital de dia é um conceito que pode ser mobilizado para nos reportarmos a várias áreas médico-cirúrgicas como é o caso da pneumologia, oncologia, entre outras. Também podemos referir-nos a hospitais de dia no âmbito da psiquiatria os quais visam essencialmente um acompanhamento dos clientes por parte de equipas multiprofissionais com vista a avaliar o seu estado mental e potenciar o seu nível de funcionamento nas mais variadas áreas de modo a não haver comprometimento em termos das suas actividades de vida diárias ou que, a existir, que seja o mínimo possível.

O programa socioprofissional que referi tem por base a ideia de proporcionar às pessoas com alteração do seu estado de saúde mental, oportunidades de treinar e potenciar competências no âmbito das relações interpessoais, conhecimento da doença relativamente aos sinais, sintomas e estratégias de *coping*, técnicas de procura de emprego e preparação para a sua integração ou reintegração no mercado de trabalho.

Tendo em linha de conta a missão acima mencionada, os principais objectivos do programa são: promover o fortalecimento individual e social aumentando a auto-estima e auto-determinação; potenciar o funcionamento global da pessoa aumentando a sua qualidade de vida; potenciar a sua autonomia socio-económica; obter a adesão total ao projecto terapêutico; promover a participação social diminuindo o isolamento e a exclusão; promover a participação/intervenção familiar; fortalecer as redes de suporte social e promover a diminuição da estigmatização e discriminação do doente mental.

A referida intervenção é modular sendo a equipa constituída por um médico psiquiatra, enfermeiros e assistentes sociais. Tem como fundamento os pilares do programa de Barcelona e uma análise dos artigos recolhidos após uma revisão bibliográfica da literatura existente sobre a área em bases de dados científicas.

Outra questão que quero ressaltar é a importância do espaço físico da área de dia bem como da área envolvente que, na minha opinião, acabam por se adequar aos objectivos delineados para o programa. A estrutura no meio da serra da Arrábida pode ser encarada como promotora do bem-estar geral dos clientes uma vez que lhes permite um afastamento do seu quotidiano, muitas vezes pautado pelo reboio das grandes cidades. Só o facto de não estar inserida no edifício principal do centro hospitalar, localizado no centro da cidade, pode potenciar um maior à-vontade nos clientes, o que pode ter impacto em termos da adesão ao tratamento proposto isto porque, o estigma associado às instituições hospitalares particularmente aos serviços de Psiquiatria, continua a existir. Daí depreendo ser favorecedor não só o distanciamento do edifício hospitalar em termos de distância como também, em termos de arquitectura uma vez que, o local onde está situada a área de dia, se afasta grandemente, das habituais estruturas que todos nós, de uma maneira ou de outra, associamos a um serviço de saúde.

De igual modo, as salas onde ocorrem as sessões são promotoras do bem-estar na medida em que são amplas, devidamente iluminadas e com as estruturas físicas necessárias para a prossecução de cuidados de enfermagem de qualidade, como sejam cadeiras, mesas, quadros, retroprojectores, colchões para realização de sessões de relaxamento e material diverso para levar a cabo sessões de movimento.

Por outro lado, a frequência do programa possibilita a convivência e partilha de experiências de vida com outras pessoas e mesmo com os próprios técnicos de saúde o que pode potenciar a tomada de consciência de si e dos seus processos de saúde-doença, actuando em termos da promoção do delinear de novos objectivos de vida e de estratégias que permitam a sua obtenção.

Grande parte dos clientes que frequentam o programa, apresentam sintomatologia depressiva onde o isolamento social e a adinamia são dois quadros bem presentes. A adopção de novas rotinas, adquirida pela frequência do programa, torna-se assim um factor de toda a relevância. O despertar a horas certas quando há muito que deixaram de haver horários, o deslocar-se em transportes públicos nos quais muitas vezes os clientes se sentem desprotegidos devido a determinadas fobias, o conduzir quando há imenso tempo não pegam no carro, o vestir e arranjar que há muito está esquecido, o alimentar-se a todas as refeições quando muitas vezes apenas se come um pedaço de fruta durante todo o dia, são desafios para os clientes. No entanto, não deixam de fazer parte de um

compromisso assumido perante os técnicos de saúde o qual pode ser considerado o primeiro passo para a recuperação, para a tomada de consciência, para o reconhecer que necessitam de ajuda e que têm um papel activo em todo esse processo.

Fundamentalmente, actua-se com vista a minimizar o impacto da doença mental no quotidiano dos clientes de enfermagem, visando também o delinear de um projecto de vida com enfoque na recuperação e no estabelecimento de um projecto terapêutico que, a longo prazo tenha impacto em termos da diminuição das taxas de internamentos/reinternamentos. Neste sentido, o enfoque essencial destas estruturas é na prevenção primária o que se distancia grandemente da minha área de intervenção a nível profissional, num serviço de psiquiatria de agudos. Este factor faz com que a prestação de cuidados de enfermagem a este nível seja um imenso desafio para mim. Não obstante essas dificuldades e também tendo por ponto de partida as mesmas, surgiu a vontade de desenvolver competências nesta área de intervenção uma vez que, a mobilização da mesma tem toda a pertinência sobretudo face ao actual contexto socioeconómico dado que, a longo prazo terá impacto não só na saúde dos clientes como também ao nível dos custos com a saúde (associados à diminuição dos internamentos e recurso a urgências hospitalares, por exemplo).

Comecei por acompanhar o meu orientador na realização da primeira sessão do dia com o grupo da unidade socio profissional tendo sido colocado à consideração do mesmo a minha presença durante as sessões o que, na minha opinião, possibilitou o exercer do poder de decisão dos clientes, podendo ter impacto ao nível da confiança e do sentido de responsabilidade dos mesmo. Após ter obtido resposta positiva dos elementos do grupo face à minha presença na sala durante as sessões, sentei-me numa das cadeiras que estava colocada ao redor da mesa existente no centro da sala, sendo que, o mesmo foi efectuado pelos clientes e pelo meu enfermeiro orientador. Isto permite que todos nós pudéssemos observar os outros e ser observados o que é facilitador da trocas existentes durante um processo comunicacional.

O enfermeiro orientador começou por retirar a bata que o identificava como técnico de saúde o que acaba por ser um gesto que pode facilitar a aproximação ao grupo. Os seus elementos já identificavam o enfermeiro enquanto técnico, derivado a todo um percurso percorrido conjuntamente, motivo que acaba por justificar o “despir a bata” para possibilitar o fomentar de um maior grau de empatia com o grupo e de envolvimento do

mesmo. A bata branca pode ser tida como um obstáculo ao estabelecimento de uma relação de ajuda que potencie a recuperação pois pode ser encarada como um símbolo de poder, o técnico como superior ao cliente, o que se pode associar ao modelo biomédico e ao fundamento paternalista subjacente a algumas práticas de saúde. Assim, é de todo relevante o trazer para a prática o verdadeiro cuidar holístico. O “despir a bata” pode ser tido com um caminho para nos aproximarmos daqueles de quem cuidamos.

Imediatamente, acabei por tomar a atitude do meu orientador como exemplo, acabando por despir a minha bata branca. Analisando retrospectivamente esse meu comportamento, considero que deveria ter sido mais ponderada. Isto porque o “despir a bata” ao mesmo tempo que me poderia possibilitar uma maior aproximação aos elementos do grupo, facilitando a minha inclusão no mesmo, poderia também ter tido a contrapartida de os clientes adoptarem uma atitude de desrespeito para comigo pois, ao contrário da relação do meu orientador com o grupo, os limites da minha relação com o mesmo ainda não estavam bem definidos. No entanto, penso que acabou por se verificar o predomínio da primeira situação que reporto, tendo eu constatado que, nos dias seguintes, os clientes me reconheciam enquanto enfermeira não havendo a necessidade da utilização do objecto branco que tenho vindo a referir para que tal ocorresse.

Obviamente que é bem mais facilitador para o próprio técnico de saúde manter a sua bata vestida funcionando esta como uma barreira identificadora que, como já referi, poderá estar associada ao modelo biomédico, neste caso pela supremacia do enfermeiro enquanto técnico de saúde cuja vontade é soberana, não se levando em conta o papel do cliente no seu processo de saúde-doença. Acaba assim por ser como que uma protecção para o próprio profissional, camuflando muitas vezes algumas das suas inseguranças em termos da prestação de cuidados que leva a cabo.

Mas até que ponto é que, o verdadeiro cuidar em enfermagem, regido pelo holismo, não implica um ir mais além, o desafiar-se a si próprio e às suas capacidades pessoais e profissionais? Conquistar o respeito dos clientes, fazer com que estes nos identifiquem como enfermeiros, como técnicos de saúde especializados em saúde mental e psiquiatria, sem ser necessário um mero pano branco? Fazê-lo através da nossa prática diária em termos de cuidados de enfermagem, mobilizando as competências de

enfermeiros de cuidados gerais e, de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria.

Posto isto, foi proposto aos clientes que efectuassem a sua apresentação para que eu os conhecesse um pouco melhor. Após todos os elementos se terem apresentado, senti necessidade de me apresentar, dizendo o meu nome e os meus objectivos para a permanência naquele contexto, enfatizando a importância da realização do estágio para o alcançar do grau de mestre em enfermagem e enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria. Penso que este factor permitiu ao grupo ter uma identificação comigo enquanto pessoa e enquanto profissional na medida em que, passaram a reconhecer o que é que eu estava a fazer naquele contexto e, em que medida é que, a minha participação nas sessões era benéfica para mim em termos formativos e, para os próprios clientes, em termos do seu processo de recuperação.

Considero que esta sessão inicial foi extremamente importante quer para mim quer para os clientes. Para mim, pois tive um primeiro contacto com o grupo, o que me possibilitou obter uma maior compreensão das dinâmicas relacionais existentes entre os seus elementos bem como, da forma de cada um intervir. De igual modo, foi positivo ter observado a forma do meu orientador dinamizar o grupo, o que sem dúvida alguma que me trará benefícios acrescidos.

Particularmente, pude compreender a importância de se mobilizar anteriores referências dos clientes para a actualidade, efectuando o paralelo com a mesma. Isto faz com que os clientes sintam que são escutados pelos técnicos de saúde, que aquilo que eles dizem é valorizado. Em clientes deprimidos, em que a auto-estima muitas vezes está em baixo, é de todo pertinente esta intervenção.

Do mesmo modo, há a ressaltar a importância dos tempos, de utilizar o tempo de que se dispõe de forma consistente, tendo em conta os objectivos a atingir. Assim, é importante direccionar o nosso discurso para aquilo que é efectivamente importante bem como, procurar gerir as partilhas efectuadas pelos clientes, de modo a evitar que estes divaguem o que poderá ter como consequência a dispersão dos outros elementos do grupo.

O enfermeiro também acabou por reformular por diversas vezes aquilo que foi sendo dito pelos clientes o que encaro como uma estratégia favorecedora para melhor

compreender de que modo é que os clientes estão a perceber aquilo que lhes é referido, ou mesmo as interpretações que fazem.

Outra estratégia que foi sendo mobilizada e que considero de suma importância, foi tentar potenciar a participação dos clientes, o que acabou por ser conseguido muito em parte pela mobilização do que estes haviam mencionado em sessões anteriores, contrapondo para a importância dos conteúdos da sessão para aquilo que tinham verbalizado. Exemplificando, uma cliente havia anteriormente demonstrado incómodo por ter prescrito um estabilizador de humor, demonstrando alguma renitência em efectuar a toma do mesmo. O enfermeiro, quando fala na terapêutica, acaba por destacar a importância de não se abandonar a terapêutica por iniciativa própria ou por desconhecimento, porque muitas vezes a medicação é prescrita para determinada situação que não vem claramente especificada na bula. Aqui acaba por reforçar o caso da cliente a qual se identifica e, verbaliza que, agora que já compreende porque faz o medicamento, já lhe faz sentido efectuar a toma do mesmo.

Para mim toda esta experiência faz sentido como o ponto de partida para um contínuo que irá ser não só a realização do meu estágio no contexto da área de dia como também o meu percurso enquanto futura especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Antes de mais, acabou por me permitir ter acesso a novos contextos de prestação de cuidados nesta área e a novas formas de actuação e práticas de cuidados o que sem dúvida que irão ser factores determinantes para minha evolução pessoal e profissional.

Numa situação futura em que efectivamente seja eu a dinamizar sessões de grupo, espero conseguir mobilizar alguns dos conhecimentos que fui adquirido não só em termos teóricos como também em termos práticos, pela observação directa da actuação de outros enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria como seja o meu enfermeiro orientador. Para tal, a realização da presente reflexão onde reconheço alguns aspectos práticos de extrema relevância para o sucesso da dinamização de grupos, pode ser tida como o primeiro passo. Há assim que ter bem presentes alguns dos aspectos que reflecti do actual diário, procurando estratégias que visem a sua mobilização para a minha prática de cuidados. Uma pesquisa mais aprofundada dos mesmos pode ser uma boa estratégia bem como, a avaliação da situação em que vou intervir mas, muitas vezes, quando em presença efectiva da situação, isto é, através da vivência da mesma,

acredito que o enfermeiro terá que se fazer valer de muita da sua capacidade adaptativa pois, trabalhando com pessoas há que ter sempre bem em conta aquilo que estas nos dão para conseguir devolver algo que efectivamente lhes faça sentido. Em suma, existem linhas orientadoras que devem ser modeladas pelo profissional tendo em conta o próprio princípio de que cada ser humano é único como são únicas as suas reacções.

4º Diário de Aprendizagem

- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental –

- Área de dia -

Discente:

Neuza Alexandra Pinto Coelho

Nº 4708

Docente:

Prof. Domingos Malato

Lisboa, Novembro 2013

A situação que me proponho descrever e reflectir no presente diário relaciona-se com a realização de duas sessões subordinadas ao tema: Ansiedade. Actualmente encontro-me a efectuar estágio na Área de dia do centro hospitalar onde me propus realizar estágio a qual engloba ateliês socio ocupacionais (carpintaria, artes plásticas e agricultura) e um programa socioprofissional.

Conjuntamente com o meu orientador do local, determinei que seria benéfico para a obtenção dos objectivos propostos para o meu projecto de estágio, o desenvolvimento de duas sessões psicoeducativas ao grupo que actualmente integra o programa socioprofissional. Neste sentido, comecei por efectuar o planeamento das sessões e seleccionar o material de apoio às mesmas. A primeira sessão tinha como objectivos principais clarificar aspectos relacionados com o fenómeno ansiedade, dar a conhecer o inventário da ansiedade estado-traço (STAIT) como forma de determinar a presença de ansiedade nos indivíduos e, para finalizar, enfatizar a pertinência da mobilização do relaxamento enquanto estratégia para gestão da ansiedade. Por sua vez, a segunda sessão realizada tinha como principais objectivos introduzir o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson (adaptado) como estratégia para gestão da ansiedade, colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson (adaptado) e, capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento anteriormente referenciado.

Com vista à obtenção do delineado, foi proposto ao grupo a participação nas referidas sessões, tendo-se fornecido informação relativamente à data de realização das mesmas e ao tema a desenvolver. Prontamente, os membros do grupo disponibilizaram-se para participar nas sessões dinamizadas por mim, sendo que um dos elementos verbalizou mesmo o seu interesse face à temática proposta, dizendo *“ainda bem, ansiedade... é isso mesmo que eu sinto” (sic)*.

Perante isto, acabei por ficar algo apreensiva e expectante, no sentido de tentar compreender até que ponto conseguiria corresponder não só às minhas expectativas e às do meu orientador, como também corresponder às expectativas daquele grupo de pessoas que prontamente demonstraram interesse em participar no que lhes foi proposto.

Foi com o intuito de atingir os objectivos a que me propunha, que levei a cabo uma pesquisa bibliográfica tendo por base o planeamento por mim efectuado para as sessões

para que, mais facilmente, conseguisse corresponder as expectativas de todos os intervenientes.

De um modo geral, o balanço de ambas as sessões foi positivo, embora obviamente haja pontos positivos e negativos a apontar a cada uma delas. À partida, pensei que seria um desafio para mim, quer enquanto pessoa quer enquanto enfermeira. Enquanto pessoa essencialmente pelo facto de me ter que expor frente a um grupo no qual não se podia dizer que estava inserida. Via-me antes como uma pessoa estranha ao grupo que se deu a conhecer ao mesmo na fase final do todo o processo inerente ao programa socioprofissional. Obviamente que este pensamento acerca da dificuldade em me expor acaba por ter por base a minha própria personalidade um tanto ou quanto introvertida. Contudo, é certo que acabo por tentar gerir esta questão essencialmente através do planeamento das sessões, como já referi anteriormente, pois tal permite-me sentir um maior à vontade, uma vez que estarei na posse dos conhecimentos teóricos relevantes para o desenvolvimento das actividades.

A nível profissional, também seria um desafio uma vez que acabo por não ter muita experiência em termos de dinamização de grupos, e todo o conhecimento que tal implica em termos de psicopatologia e mesmo de cultura geral, acabou por me intimidar um pouco.

Actualmente, vivemos numa sociedade onde a informação está à distância de um clique de um olhar ou de uma pequena conversa. As pessoas estão imbuídas deste espírito informativo, sabem ou procuram saber buscando mobilizar estratégias que lhes permitam a obtenção do mesmo. Inevitavelmente que isto surge como um desafio aos enfermeiros, fundamentalmente em programas como o que aqui acabo por mencionar, onde a abordagem psicoeducativa é essencial. A margem para erros é curta pois a nossa capacidade de captar a atenção do Outro passa não só por ter conhecimento de causa mas também por adoptar uma postura assertiva e securizante o que acaba por ser um imenso desafio para o enfermeiro especialista, neste caso em saúde mental e psiquiatria. Para superá-lo há não só que ter conhecimentos acrescidos na área comunicacional, nos modos de transmissão de informação e interacção com os outros como também, investir na procura do saber. Esta procura deverá estar sempre bem presente no quotidiano do enfermeiro quer a nível profissional quer pessoal, procurando novas fontes de saber e, reconhecendo as aprendizagens que pode ir beber aqueles que o rodeiam sejam eles,

família, amigos, colegas, outros profissionais de saúde ou mesmo clientes de enfermagem. Neste sentido, na situação que tenho mencionado, tornou-se benéfico ter assistido previamente a sessões com o referido grupo as quais haviam sido dinamizadas pelo meu orientador do local de estágio.

Posso, no entanto, afirmar que, se antes da realização das sessões estava um pouco ansiosa, tal acabou por se dissipar no decurso das mesmas sendo que, acredito que consegui controlar essa minha ansiedade por forma a não a transparecer para o grupo o que acabou por ser um factor positivo.

Em termos retrospectivos, considero que foi benéfico o facto de ter apostado no desenvolvimento destas sessões pois acabou por ser um treino para a execução do meu projecto propriamente dito, sendo assim um degrau percorrido no percurso que leva à aquisição/desenvolvimento de competências na área da especialidade de saúde mental e psiquiatria.

De igual modo, penso que, em ambas as sessões consegui focar os pontos essenciais enfatizados no planeamento. Contudo, na primeira sessão senti alguma dificuldade em que o grupo trouxesse alguns contributos para a temática em questão, efectuando partilhas de algumas experiências pessoais, dificuldade que penso ter sido colmatada na segunda sessão, na qual consegui direccionar os elementos do grupo para uma participação activa na reflexão sobre o vivido. Deste modo, perante situações futuras, poderei tomar como exemplo a minha postura durante a segunda sessão pois julgo ter sido mais adequada do que no primeiro momento de interacção.

Esta experiência faz-me sentido atendendo a todo o percurso de aprendizagem em que me encontro actualmente daí o ter achado extremamente importante reflectir sobre a mesma. Permite-me também reconhecer o que há a melhorar o que acaba por ser possível também pelas reflexões efectuadas conjuntamente com o meu orientador de estágio. Relativamente a este último factor, destaco que tivemos oportunidade de reflectir após a primeira sessão programada o que me permitiu melhorar alguns aspectos na segunda sessão, e que tiveram a ver com o tentar obter uma participação mais activa do grupo, levando os seus elementos a explicitarem o que sentiram, o que foi bom e menos bom para eles face a determinado factor, o que como já referenciei foi um factor positivo na execução do segundo momento de dinamização.

Atendendo ao facto de pretender desenvolver um estudo de investigação assente nos resultados da implementação de um projecto de intervenção relacionado com o fenómeno ansiedade, o qual inclui uma abordagem cognitivo-comportamental, é certo que a realização de sessões em grupo como as que descrevo presentemente, irá ocorrer novamente. Isto acaba por ter toda a pertinência no âmbito do desenvolvimento de competências de EESMP, particularmente ao nível da segunda e quarta competência deste profissional de saúde, respectivamente, em termos da intervenção na optimização da saúde mental e, na prestação de cuidados de saúde de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional de modo a recuperar ou melhorar a saúde. (OE,2011b)

O grande desafio é, conseguir levar a cabo uma prática de cuidados de enfermagem assente na qualidade dos mesmos, com benefícios para os clientes quer a curto quer a longo prazo. É neste caminhar que se torna essencial o desenvolvimento de competências específicas de determinadas áreas do cuidar, como é o caso da saúde mental. Munido de evidências da sua prática e de evidências científicas, adoptando uma prática de cuidados, centrada no seu cliente com vista a potenciar as suas capacidades pela mobilização dos recursos disponíveis, o EESMP, deverá perseguir “os mais elevados padrões de qualidade no cuidar” (OE, 2011a).

Com vista a ter repercussões no aumento da autonomia dos clientes de enfermagem, “O enfermeiro especialista em saúde mental compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais” (OE, 2011a).

A mobilização de si mesmo e das suas competências socioterapêuticas, psicoterapêuticas e psicoeducacionais deverão funcionar como instrumentos para o cuidar, enfatizando-se o estabelecimento de relações de confiança e de parceria com os clientes com o intuito de aumentar o *insight* sobre os problemas e encontrar soluções para fazer face aos mesmos o que acaba por ser o que pretendi com a realização das sessões subordinadas ao tema ansiedade (OE, 2011a).

Na minha concepção de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, torna-se prioritária a intervenção em termos dos cuidados de saúde primários, intervindo directamente no seio das comunidades o que pode passar por acções junto da

comunidade em geral ou mesmo dos profissionais de saúde destacando-se a actuação com vista a minimizar o estigma inerente a este tipo de patologias.

Por outro lado, é também importante actuar directamente junto da população afectada por doença mental. Neste caso, importa determinar o que sabem sobre a sua patologia, o que querem saber e quais as suas principais preocupações. Isto porque a manutenção de um estado de equilíbrio na díade saúde-doença, só conseguirá ser atingida pela capacitação dos clientes, indo ao encontro das suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem.

Penso que a ansiedade é uma preocupação de uma fatia da população cada vez maior, o que se veio a verificar por comentários de alguns dos clientes que integram o grupo socioprofissional e que demonstraram identificar-se com o fenómeno em questão. Daí se depreende a importância do desenvolvimento de acções como as que realizei, bem como, da implementação do meu projecto de intervenção a este nível, promovendo a gestão dos níveis da ansiedade nos clientes de enfermagem.

E porque não o desenvolvimento de parcerias entre as instituições hospitalares e os recursos da comunidade? O número de pessoas com doença mental é cada vez maior, o que se repercute em termos de carga associada nomeadamente, desenvolvimento de alterações fisiológicas e sintomatologia ansiosa. Os cuidados de saúde primários são a melhor ponte para a comunidade, a forma mais fácil de detectar casos onde seja preciso a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. A articulação entre estes e os hospitais torna-se prioritária com vista a minimizar as taxas de internamento e favorecer um melhor acompanhamento no pós-alta o que a longo prazo terá implicações em termos da relação custo-benefício (OMS & WONCA; 2008). Assim, é imprescindível ter bem presente que, para que os cuidados primários para a saúde mental sejam eficazes e eficientes, têm de ser complementados pela actuação em termos de outros níveis de cuidados sendo que, “Estes incluem componentes de cuidados secundários aos quais os profissionais de cuidados primários podem recorrer para referência, apoio e supervisão” (OMS & WONCA, p.17). Isto tem implicações não só para referência para consultas da especialidade de Psiquiatria como também para acompanhamento por EESMP os quais, actualmente, não estão disponíveis em todas as instituições de cuidados de saúde primários, daí poder surgir a necessidade de

encaminhamento para estrutura hospitalar para acompanhamento por estes profissionais podendo esta área de dia funcionar como local de referência.

Claro que a continuidade dos cuidados deverá ser um elemento-chave em termos destas intervenções contribuindo cada profissional de saúde envolvido para a manutenção do estado de saúde-doença dos clientes que cuidam.

Referências bibliográficas:

Organização Mundial de Saúde (OMS) & Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Lisboa: Coordenação Nacional para Saúde Mental, Alto Comissariado da Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (OE) – Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem saúde mental e psiquiátrica (2011a). *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*.

Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento N°129/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. *Diário da República 2ª Série*, N°35 (18-02-2011), 8669- 8673.

5º Diário de Aprendizagem

- Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental –

- Área de dia -

Discente:

Neuza Alexandra Pinto Coelho

Nº 4708

Docente:

Prof. Domingos Malato

Lisboa, Dezembro 2013

O que me proponho a descrever e reflectir no presente diário tem a ver com uma situação particular que ocorreu durante uma sessão dinamizada pelo meu enfermeiro orientador ao grupo do hospital de dia que frequenta o programa sócio profissional, sendo que eu estava presente na sessão, observando o decurso da mesma.

Começo por descrever o primeiro contacto que tive, ao início daquele dia, com a cliente que irei mencionar mais à frente. Eu estava à porta do refeitório quando a D^a M. chegou ao hospital de dia, dirigiu-se para o local onde eu me encontrava, deu-me os bons dias e esboçou um sorriso. Eu correspondi, dando os bons dias e questionando, “*Como está, D^a M.?*”. Ela encolheu os ombros, sorriu e disse “*Cá vou andando... Hoje vim com o meu filho, vou agora ver se como qualquer coisa*” (sic). Após este breve diálogo, deslocou-se para o interior do refeitório a fim de tomar o seu pequeno-almoço.

A D^a M. é uma senhora de 52 anos de idade, leucodérmica, residente na área de abrangência da instituição hospitalar onde me encontro a realizar o meu estágio no âmbito da especialidade em saúde mental e psiquiatria. Tem o 6º ano de escolaridade incompleto e, actualmente, está reformada por invalidez sendo que, até há 3 anos atrás, exercia funções enquanto cabeleireira.

Está divorciada referindo ter sido infeliz no casamento uma vez que, o seu marido, era uma pessoa “*muito complicada*” (sic). Tem um filho desse casamento com 22 anos o qual tem espinha bífida. Menciona constantemente o impacto que a doença do filho teve na sua vida uma vez que, assume grandemente o papel de cuidadora principal do mesmo, embora por vezes afirme que ele é bastante activo e independente em muitas questões, por exemplo, conduz um carro adaptado e desloca-se várias vezes por semana para treinos de basquetebol em cadeira de rodas numa instituição desportiva da cidade.

Reside com o filho e com o actual companheiro com quem vive em união de facto há aproximadamente 2 anos. O companheiro é 14 anos mais novo que a cliente, facto que esta verbaliza recorrentemente. Afirmo ser feliz e compreender que ele gosta dela devido a determinadas atitudes que ele tem mas, “*nunca sabemos o dia de amanhã, não posso viver iludida*” (sic).

Tem história de acompanhamento em psiquiatria desde há 15 anos sendo anteriormente seguida num outro hospital. Há cerca de 2 anos que não tinha consulta de psiquiatria sendo na sequência desse facto que, a médica de família, a encaminha para consultas

externas da referida especialidade no hospital onde me encontro a realizar o ensino clínico. Frequenta também sessões de acompanhamento no programa CIR (Cuidados Integrados e de Recuperação). Actualmente, refere queixas de ansiedade, irritabilidade e humor deprimido.

Quando todos os elementos do grupo estão na sala onde decorrerão as sessões da manhã, a D^aM, começa a chorar o que leva a que todos os elementos do grupo direccionem o olhar para ela, observando o seu comportamento. O meu enfermeiro orientador abordou a cliente no sentido de compreender o que se passa e, se haveria alguma forma de a ajudar ao que a cliente apenas respondeu, continuando a chorar, “*Eu estou bem... isto já me passa...*” (sic). Acabou por ser sugerido pelo meu orientador que eu saísse com a senhora por uns breves momentos ao que eu acedi.

Analisando o ocorrido, torna-se clara a importância da existência de um outro dinamizador em intervenções de grupo. Esse elemento poderá observar algumas situações relevantes para a prática de cuidados de enfermagem que não são consideradas pela pessoa que esta efectivamente a dinamizar a sessão pois esta está focada em outros aspectos, mais em termos da concretização. Quando o dinamizador perde um pouco o curso do seu pensamento, o outro técnico pode intervir também de modo a retomar o verbalizado anteriormente pelo dinamizador, ou mesmo, introduzindo novas considerações pertinentes para a temática que se aborda.

Para além disso, há a importância da existência de um outro técnico em situações de algum imprevisto que comprometa a intervenção grupal que foi o que se verificou na presente situação. Perante o anteriormente descrito acabo por considerar ter assumido esse mesmo papel, conseguindo intervir junto da cliente que, manifestamente, verbalizou essa necessidade sem, contudo, comprometer grandemente a dinâmica entre os restantes elementos do grupo uma vez que, o meu enfermeiro orientador prosseguiu com o planeado.

Naquele momento, senti que a D^a M. necessitava de uma intervenção individual pelo que, foi de todo pertinente que o meu orientador sugerisse que a cliente abandonasse a sala comigo. Julgo que posso encarar a situação como uma situação de crise para aquela pessoa sendo que, é adequado considerar que ela poderia necessitar de um tempo com o técnico de saúde o que, acabou por lhe ser disponibilizado através da minha intervenção.

Tendo em conta o referido, acabei por me dirigir junto da D^a M., tentando levá-la para o exterior da sala. Deslocamo-nos para um gabinete de enfermagem onde poderíamos ter um pouco de privacidade e tranquilidade que, efectivamente, seriam benéficas para uma intervenção em termos individuais.

Sentamo-nos em duas cadeiras que efectuavam um ângulo de cerca de 90° entre elas, permitindo-nos manter o contacto visual e, inclinei o meu corpo em direcção à cliente o que demonstra interesse e disponibilidade da parte do técnico para escutar a pessoa de quem cuida que foi o que acabei por procurar efectuar naquele momento. Estes factores são preponderantes na realização de entrevistas, particularmente em entrevistas de ajuda o que considero ter sido o que desenvolvi. Como diz, Phaneuf (2002, p.312), a entrevista de ajuda é

“uma estratégia de comunicação profissional realizada pela enfermeira de maneira espontânea ou formal a respeito de um acontecimento penoso que a pessoa não consegue controlar ou de um acontecimento traumático que ultrapassa as capacidades de adaptação da pessoa e que gera um stress intenso que ela não pode atenuar”.

Os profissionais de saúde têm ainda, que considerar vários aspectos quando comunicam com as pessoas de quem cuidam, pois alguns podem dificultar ou facilitar o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda (Phaneuf, 2002). Aspectos como, a postura e as atitudes corporais, os gestos, a distância (proxémica), o contacto visual, a expressão facial, a voz, a respiração, o silêncio, a aparência geral e o tocar têm que estar bem presentes na mente no técnico de saúde quando este procura efectuar uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade (Phaneuf, 2002).

A este respeito, considero que tive em consideração vários factores nomeadamente a minha postura e as atitudes corporais. Como já referi, inclinei o meu corpo em direcção à cliente, procurando olhar para ela. Phaneuf (2002, p.31) destaca a importância deste aspecto referindo que

“O facto de virar a cara e o corpo na direcção desta pessoa já marca um sinal de interesse (...) uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa à qual nos dirigimos mostra-lhe que, por um momento, ela se torna o centro das nossas atenções”.

A postura que adoptei durante a intervenção bem como, a distância entre mim e a cliente, foram aspectos que executei de forma pensada, tendo em conta algumas leituras que tenho vindo a efectuar no âmbito da comunicação e relação de ajuda essencialmente através dos conhecimentos adquiridos pela leitura do livro de Phaneuf (2002) que aborda estas temáticas.

No que respeita à distância que mantive com a cliente, acredito que esta não tenha interferido negativamente na relação, pois embora próxima da cliente (cerca de 50 cm de distância), tentei observar na D^a M. indícios de algum incómodo (p.e. tentar afastar-se de mim ou permanecer inquieta na cadeira). Pelo contrário, a cliente manteve-se quieta na cadeira, inclinando-se por vezes em direcção a mim, procurando cruzar o seu olhar com o meu. Efectivamente que o olhar também é de extrema importância neste tipo de contactos. O olhar, esse espelho da alma, reflecte muitas das nossas vivências e das nossas emoções enquanto seres humanos. Comunicar passa assim por olhar para o Outro, partilhar esse momento que pode ser tão intenso e que nos permite também demonstrar àqueles de quem cuidamos que estamos disponíveis para levar a cabo uma comunicação honesta e autêntica (Phaneuf, 2002).

O silêncio acaba por ser algo que ainda me incómoda, embora eu consiga compreender que há momentos em que esse tempo é necessário quer para o cliente quer para o próprio profissional, tenho dificuldade na gestão dos mesmos. Considero que esta dificuldade tem a ver com alguma insegurança da minha parte em levar a cabo este tipo de intervenções pois posso ter impacto positivo ou negativo na cliente. Neste sentido, acabo por tentar gerir a minha ansiedade, falando e escutando a pessoa.

O silêncio é mesmo um elemento da comunicação podendo favorecer a retrospectiva e reflexão por parte do cliente, permitindo-lhe aceder às suas emoções. É como que um encorajamento para falar, uma pausa para o que vêm a seguir. Utilizado de forma consciente, o silêncio também permite ao enfermeiro, reflectir sobre o vivido, encetar novas estratégias para o aqui e agora e algumas propostas para intervenções futuras pelo que se torna preponderante que desenvolva um melhor domínio desta vertente comunicacional. (Phaneuf, 2002)

Durante a entrevista, apurou-se que a cliente tem um discurso centrado nas suas incapacidades bem como, no facto de necessitar de arranjar os seus dentes mas ter receio porque *“tenho muitos pánicos... tenho pânico de agulhas...de hospitais...”* (sic).

Tem marcação para consulta de estomatologia do hospital onde será proposta a realização da intervenção que referi sob anestesia geral, facto que a cliente mobiliza repetidamente. Discurso circundante em torno dessa temática, do facto do filho ser doente e do companheiro ser bastante mais novo que ela. Dificuldade em direccionar o discurso para aquilo que lhe é solicitado. Choro fácil. Não consegue elaborar objectivos e planos para o futuro, apenas diz *“antes era tão alegre, toda a gente estava bem junto a mim...e agora estou assim, não melhora... tomo medicamentos de psiquiatria há 15 anos e não me fazem nada... estou só à espera que a morte chegue...”* (sic).

Verbaliza ideação suicida quando afirma, *“não sei o que é que uma pessoa como eu faz neste mundo”* (sic). Não apresenta no entanto, nenhum plano de suicídio estruturado.

Após a minha intervenção a cliente ainda conseguiu participar nas duas sessões do dia tendo sido referido pela cliente, durante a entrevista, a dificuldade em estar presente nas sessões motivo que a leva a justificar o seu comportamento no início da interacção com o grupo, naquele dia. Diz que *“vivo muito os problemas dos outros... estou aqui e sinto-me muito mal...”* (sic) No dia seguinte, ausentou-se regressando na sexta-feira para falar com os responsáveis pela área de dia.

Nesse dia, acabou por me abordar o que me leva crer que me via como um técnico de referência ao qual poderia recorrer sempre que necessário. Quiçá seria isso resultado da minha intervenção com a D^a M.? Penso que a intervenção anterior poderia mesmo ter tido impacto no facto de senhora se dirigir para mim embora tal sejam meras constatações.

Acabei por responder à solicitação da cliente, falando inicialmente com ela na rua, no espaço circundante àquele onde se realizam as sessões do programa sócio profissional. Observando retrospectivamente, poderia efectivamente ter encaminhado a cliente para um outro gabinete de modo a proceder a algo mais informal mas, no momento, quando ainda não sabia do que se tratava, acabei por achar que tal não seria relevante para levar a cabo uma comunicação eficaz e tendo por base os princípios da relação de ajuda. Analisando, julgo que, o espaço acabou por não interferir muito na minha intervenção com a cliente.

A D^a M. acabou por me verbalizar a ideia que já tinha reforçado anteriormente de que não se sentia capaz de se confrontar com determinadas situações, não conseguia gerir a

percepção que tinha dos problemas dos outros nem as emoções que tal lhe provocava. Afirma então, *“desde que vim que me sinto pior, só choro, só estou bem quando venho no carro para cá e quando vou para casa... isso e mais os bocadinhos que estou nas pausas e que ando aqui pela quinta”* (sic). Em traços gerais, tentei compreender um pouco melhor o que a D^a M. sentia. Acabei por pegar naquilo que a cliente verbalizava como lhe trazendo algum bem-estar, o sair de casa, o ganhar novas rotinas. O tentar recuperar muito do que ela tinha antes e que, efectivamente, me tinha verbalizado na entrevista anterior no sentido de *“voltar a ser o que era”* (sic).

Posto isto, a cliente acabou por verbalizar *“isto está-me a fazer mal... até os outros me dizem isso...”* (sic). Prosseguiu dizendo, *“vim hoje porque quero dizer que não venho mais...decidi isso... vocês foram espectaculares comigo mas, não consigo... agora não...”* (sic).

Neste sentido, falei com a cliente no facto de termos que falar com o enfermeiro coordenador da unidade (o meu orientador) uma vez que, as questões burocráticas não estavam nas minhas mãos. Introspectivamente, eu pensava que, o meu orientador conseguiria abordar a questão através de outros moldes e, eventualmente, fazer com que a cliente constata-se que, efectivamente, o que estava a sentir tinha a ver com a confrontação inicial com as situações mas que, gradualmente, poderia haver uma estabilização desses sentimentos e emoções percepcionados por ela como negativos.

A cliente acordou pelo que eu, pedi-lhe que ela aguarda-se na divisão anexa ao gabinete dos técnicos do hospital de dia. Entrei e pus o meu orientador ao corrente do ocorrido, particularmente da vontade da D^a M. abandonar o programa. Convidei a cliente a entrar no gabinete onde estava o meu orientador, temo-nos sentado ambas junto do mesmo.

O enfermeiro tentou compreender o que, concretamente, levava a cliente a afirmar que queria abandonar o programa sendo que esta acabou por dizer *“estou sentada na sala... não consigo parar quieta, não estou muito atenta ao que vocês dizem...sinto necessidade de estar mais ocupada, de fazer algo mais manual...”* (sic). Continuou dizendo, *“o meu psiquiatra dizia... você tem uma doença de nervos... é muito grave e sério, aquilo que você tem...”* (sic). O enfermeiro acabou por pegar no expressado pela cliente para fazer ver a esta que, efectivamente, todas pessoas são diferentes e encaram as situações de forma distinta. Que existem várias pessoas que apresentam alterações em termos da ansiedade e na forma, por vezes ineficaz, como gerem a mesma.

Intensificou o facto de, por vezes, sentirmos necessidade de compreender um pouco melhor aquilo que se passa dentro de nós e, encontrar estratégias para solucionar alguns dos problemas com que nos deparamos. Para finalizar acabou por referir que, tendo em conta o que a D^a M. dizia que queria fazer relativamente a algo mais manual, o departamento tinha para lhe oferecer os ateliers da unidade sócio ocupacional (USO). Mas, em todo, o caso, iria reportar a situação ocorrida à enfermeira que efectua seguimento em CIR para que esta pudesse efectuar nova marcação e, se fosse do interesse da cliente, lhe explicasse um pouco melhor a USO.

Aqui, acabámos por nos despedir da cliente, cumprimentando-a com um aperto de mão e reforçando a disponibilidade da equipa do departamento para a apoiar sempre que sentisse necessidade de tal.

Após a saída da cliente, eu e o meu orientador acabámos por reflectir conjuntamente sobre o ocorrido. Não pude deixar de verbalizar a minha sensação imediata de frustração, uma vez que, encarava que a minha intervenção inicial não teria sido eficaz. Por outro lado, senti que adequei os cuidados de enfermagem por mim prestados à cliente em questão atendendo às respostas humanas verbalizadas pela mesma.

Na nossa reflexão, foi reforçada a importância da intervenção de enfermagem embora, dentro dos limites da aceitação do cliente em estabelecer uma parceria com o profissional de saúde com vista a adquirir uma maior consciencialização do que se passa com o seu Eu o que também passa pela procura de estratégias de *coping* que poderá mobilizar em todo o processo vivencial. Considera-se assim que, o papel do enfermeiro deve incidir na avaliação da capacidade de decisão do cliente. A D^a M. estava consciente e orientada. Dispunha de toda a informação pertinente para mobilizar no sentido da tomada de decisão em integrar ou não o programa sócio profissional. Assim sendo, os técnicos deveriam respeitar o facto de a cliente fazer uso da sua autonomia bem como, aceitar a decisão por ela tomada uma vez que, a cliente, acaba por ter um papel pró-activo em todo o processo relativo ao cuidar. Efectivamente, foi o que acabou por ser tido em conta na situação que descrevi em que se acabou por se dar primazia ao respeito pela tomada de decisão da cliente pois, se não era sua vontade integrar o programa, o mesmo acabaria por não lhe trazer benefícios. Ficou bem explícito que, sempre que sentisse necessidade poderia contactar os técnicos e, se

futuramente, lhe fizesse sentido, integrar outro grupo, tal seria tido em consideração pela equipa.

Buscando a clara definição de cuidados de enfermagem elaborada pela Ordem dos Enfermeiros, subjaz que,

“A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (OE, 2001, p.8).

Claro está que se procura promover os processos de readaptação do cliente muitas das vezes através de processos de aprendizagem como seja, a inclusão neste programa sócio profissional mas tendo sempre bem presente que, o cliente é o centro de todo o processo na medida em que, este desenvolve processos intencionais tendo por base os seus valores, crenças e desejos delineando o seu projecto de saúde e definindo os moldes dos mesmos (OE, 2001). Pelo que, o papel do enfermeiro acaba, como já referi, por ser em termos da gestão deste processo e na determinação dos recursos que a pessoa pode mobilizar devendo este compreender que a sua actuação tem como foco principal o cliente de enfermagem sabendo-se à partida que, “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...), o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (OE, 2001, p.10)

No planeamento dos cuidados de enfermagem torna-se claro que, o cliente tem um papel activo em termos da tomada de decisão cabendo ao enfermeiro determinar se a pessoa está na pose de todas as suas competências que lhe permitam exercer o direito que tem em autodeterminar-se, em decidir estabelecer uma parceria com o profissional de saúde referido com vista à concretização de determinados objectivos. Não obstante e, atendendo ao Artigo 84º do Código Deontológico, o enfermeiro,

“no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os

recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.109).

Perante o que reporte, importa reflectir que todo este processo foi concretizado. Em intervenções anteriores, foi explicitado à cliente em que consistia o programa socio profissional e de que forma é que este se poderia adequar às necessidades que esta havia verbalizado. Na posse deste conhecimento, a cliente aceita integrar o grupo do programa em questão mas, quando se confronta com a inclusão no mesmo, reflecte que não quer continuar aquilo a que se havia proposto. Recorre aos enfermeiros que acabam por atender às solicitações da cliente no sentido obter uma melhor compreensão das suas necessidades e no sentido de compreender de que forma é que os cuidados de enfermagem poderão ser adaptados com vista à satisfação das mesmas. Por fim, acabou por se reconhecer o facto de a cliente efectivamente não estar disposta a continuar no programa pelo que esta foi informada de outros recursos que tem ao seu dispor e aos quais pode sempre recorrer.

Assim, considero que futuramente, ao longo da minha prática de cuidados enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria deverei reter que, se existe uma essência do cuidado de enfermagem, só pode ser esta. Estar com o Outro, escutar o Outro, tentar compreender o que o preocupa e, em conjunto, visarmos alternativas tendo em vista o que efectivamente o cliente pretende. Não assumir uma atitude paternalista mas sim, disponibilizar ao cliente aquilo de que necessita para efectuar uma tomada de decisão consciente. Haver como que um distanciamento do modelo biomédico puro e alcançar o verdadeiro cuidar em enfermagem em que se deverá enfatizar a intervenção do cliente no processo de cuidados e a disponibilidade daquele para a sua prossecução.

Referências bibliográficas:

- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro & R. P. Salgueiro Trad.). Loures: Lusociência. (tradução do original do francês Communication, entretien, relation d’aide et validation, 2002).



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Relatório participação eventos científicos

Discentes:

Neuza Alexandra Pinto Coelho N° 4708

Docente:

Prof. Domingos Malato

Lisboa, Outubro 2013

Participações:

- IV Congresso da ASPESM: Padrões de qualidade em Saúde Mental (Coimbra, 10 e 11 de Outubro de 2013)
- OE: I Encontro Enfermeiros Saúde Mental e Psiquiátrica (Évora, 26 de Outubro de 2013)
- Workshop na ESEL: “Recuperar da esquizofrenia: Intervenções na gestão de ideias delirantes” dinamizado por Jérôme Favrod (5 de Novembro de 2013)

No meu actual percurso de aprendizagem que leva à aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP), concomitantemente com a realização do estágio, tenho procurado participar em eventos científicos na área da especialização. Na medida em que está contemplado nas competências específicas deste profissional que “incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática” (OE, 2011, 8670), considero que a estratégia por mim adoptada é de ressaltar pois possibilita não só a aquisição/desenvolvimento de novos conhecimentos como também, o desenvolvimento de raciocínio crítico. É pertinente destacar que a prática baseada na evidência, deve ser uma conduta a seguir com vista a aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Sackett et al (1997) citado por Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack (2004, p. 82) diz que a PBE “articula o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual sobre o cuidado a determinados pacientes” (trad. autor).

O surgir da curiosidade, necessidade e motivação para a aquisição de novos saberes, procurando fontes para tal é um passo essencial. Considero que estes factores estiveram e continuam bem presentes em mim sendo que, através da partilha com os pares e pela consulta de vários *sites* na área da saúde mental e psiquiatria, acabei por tomar conhecimento da realização de vários eventos. Com base em pesquisas efectuadas acerca das temáticas que se iriam desenvolver em cada evento, determinei qual a pertinência da participação nos mesmos face ao meu projecto de estágio posto o que tentei agilizar aspectos relativos à realização do estágio e ao meu horário laboral.

Foi através do website da A Sociedade Portuguesa Enfermagem Saúde Mental (ASPSM) que tomei conhecimento da ocorrência do IV Congresso da AESMP intitulado: “Padrões de qualidade em Saúde Mental” o qual decorreu na cidade de Coimbra, a 10 e 11 de Outubro de 2013. Acabei por participar no mesmo com um grupo de colegas também eles a frequentarem o 4º Mestrado em Enfermagem – Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, na ESEL. Tal como já referi previamente, foi com o objectivo de incorporar descobertas da investigação para a prática que participei no evento. De igual modo, resolvi realizar dois *posters* para apresentação os quais tiveram por base uma revisão bibliográfica da literatura subordinada aos temas apresentados. Os títulos dos *posters* foram: “Comportamentos agressivos em serviços de saúde: perspectivando as políticas de saúde” e “Supervisão clínica em situações de agressividade: um olhar sobre a importância do auto-conhecimento”. A realização dos mesmos foi importante para o desenvolvimento da minha capacidade de pesquisa, síntese e de reflexão crítica o que terá implicações a nível da fundamentação teórica associada ao meu projecto de estágio. De igual modo, a elaboração dos referidos trabalhos, possibilitou-me uma melhor compreensão de temáticas que me levantam algumas questões, mais especificamente, a agressividade em serviços de saúde o que, visa contribuir para o acrescer de conhecimentos que sustentam a minha prática enquanto futura EESMP.

Como mensagem final do congresso, menciono a importância dos enfermeiros adoptarem uma prática de cuidados que vise o maior benefício possível para o cliente destacando-se a importância de autonomizar o mesmo de modo que, este desenvolva estratégias de *coping* que lhe possibilitem fazer face a determinados obstáculos e reconhecer novas oportunidades. Tal vai ao encontro do que pretendo obter através da realização do meu projecto de estágio que transportará para a prática de cuidados, intervenções de enfermagem para a gestão da ansiedade através de abordagens cognitivo-comportamentais tendo subjacente toda uma metodologia psicoeducativa que visa a capacitação do cliente para o auto-controle da ansiedade.

Chegou ao meu conhecimento a realização do I Encontro de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica organizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) – Secção Regional do Sul através dos meus enfermeiros orientadores do local de estágio. Focando-me na divulgação do evento, considero ter sido diminuta. A OE poderia ter optado por enviar um *email* a todos os membros da Secção Regional do Sul o que não veio a acontecer.

Apenas foi enviado um convite aos EESMP. Sendo a enfermagem em saúde mental e psiquiátrica uma área que é cada vez mais transversal a todas as especialidades, teria toda a pertinência uma maior divulgação do evento para que todas as pessoas interessadas tivessem oportunidade de participar no mesmo.

Neste evento os principais ganhos associam-se à tomada de consciência do trabalho desenvolvido em vários locais do país, na área da saúde mental e psiquiatria bem como alguns benefícios das intervenções adoptadas. Falou-se essencialmente em intervenções em termos comunitários o que me suscitou maior curiosidade pois é uma área que não domino e que sinto necessidade de desenvolver. Deste modo, foi benéfico aprender com colegas que diariamente dão cartas neste campo de actuação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica o que certamente será importante no percurso de aprendizagem que visa a aquisição de competências de EESMP.

Foi através de colegas de trabalho que tive conhecimento da realização do Workshop na ESEL: “Recuperar da esquizofrenia: Intervenções na gestão de ideias delirantes” dinamizado por Jérôme Favrod que ocorreu no Pólo: Artur Ravara no dia 5 de Novembro de 2013. A referida instituição de ensino, forneceu dois convites ao departamento de Psiquiatria onde exerço funções. Demonstrei interesse em participar perante a minha chefia pelo que me foi disponibilizado um dos convites. Destaco aqui a disponibilidade por parte da escola para facultar aos serviços os convites proporcionando o intercâmbio entre a academia e a prática clínica nos mais variados contextos quer a nível hospitalar quer comunitário. Contudo, penso que poderia ter havido uma maior divulgação do evento a toda a comunidade embora compreenda os condicionalismos associados ao limite de participações no *workshop*.

Embora o meu projecto não esteja directamente relacionado com perturbações psicóticas mas com intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade, considerei que o *workshop* poderia trazer alguns contributos para o desenvolvimento do meu trabalho. Isto tendo em conta que as perturbações psicóticas acarretam muitas vezes níveis elevados de *stress* e ansiedade.

O palestrante focou aspectos característicos dos quadros psicóticos como as alucinações e os delírios enfatizando a importância de estratégias que não a mera administração de terapêutica. Tudo porque entende que, estas alterações da percepção e do pensamento, estão muito associadas às próprias crenças dos indivíduos perante as quais a medicação

pouco efeito terá. Assim, ganham particular relevância a adopção de intervenções autónomas de enfermagem que visem a tomada de consciência do cliente para o impacto de determinadas situações no seu quotidiano com vista a capacitá-lo para a identificação e mobilização de determinadas estratégias que façam face a essas situações.

Fazendo o paralelo para o meu projecto, depreendo que ocorre algo semelhante no fenómeno ansiedade. Esta pode surgir com um estímulo real, funcionando como um mecanismo adaptativo para enfrentar a situação, ultrapassando-a. No entanto, também se pode manifestar sem fundamento real tendo impacto no modo como o cliente realiza as suas actividades de vida diárias. É neste sentido que as intervenções de enfermagem também podem ter particular importância tendo efeitos significativos na melhoria do estado de saúde do cliente o que acaba por destacar a importância da enfermagem enquanto disciplina do cuidar e dos enfermeiros, neste caso dos EESMP, enquanto *experts* que poderão, através dos seus cuidados, ter um papel preponderante no plano terapêutico de determinado cliente. Obviamente que tal faz com que estes profissionais tenham uma responsabilidade acrescida no sentido de desmistificar o rótulo que, no senso comum e, mesmo dentro da classe dos profissionais de saúde, os indivíduos associam aos profissionais que exercem funções em serviços de psiquiatria. Ir mais além do que sermos vistos como meros administradores de terapêutica. Isto é premente no nosso quotidiano mais ainda pelo facto das perturbações da saúde mental estarem cada vez mais presentes na população portuguesa e, na população mundial.

Jerôme Favrod focou também a utilização do relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson como uma importante estratégia para a focalização, ou seja, para que o cliente tome consciência de determinadas alterações do pensamento/percepção, procurando formas de gerir o surgimento das mesmas. Isto prende-se grandemente com os aspectos por mim revelados na sustentação teórica que fundamenta o meu projecto dando ênfase à utilização do relaxamento muscular progressivo enquanto intervenção autónoma de enfermagem passível de bons resultados nos clientes pelo que foi bastante interessante ouvir o palestrante falar no modo como utilizava a técnica na sua prática clínica.

Também foi pertinente observar vídeos que o mesmo passou mobilizando um caso clínico onde actuou utilizando o relaxamento. Ao visualizar o vídeo foi-me possível

constatar a evolução de um cliente de enfermagem em termos da sua sintomatologia psicótica e auto-controle da mesma o que foi possível através da focalização mencionada por Favrod, tendo o relaxamento muscular um papel primordial enquanto factor que possibilitou uma diminuição da ansiedade causada pelas alterações do pensamento/percepção. Neste ponto, acabei por ficar bastante satisfeita por o meu projecto englobar a mobilização desta técnica do mesmo modo que fiquei curiosa com os resultados que futuramente irei obter, no sentido de perceber se realmente, as minhas intervenções terão impacto efectivo na gestão da ansiedade dos clientes de enfermagem dos quais cuidarei.

No geral, penso que tem sido benéfica a participação neste tipo de eventos pois possibilita-me aprender com os outros sendo importante a reflexão sobre a minha própria prática de cuidados de enfermagem que muitas vezes essa observação dos pares desperta. Neste sentido, é importante conhecer novas realidades, novas formas de actuação bem como, reconhecer os meus *handicaps* e procurar superá-los o que tenho procurado efectuar durante os últimos tempos, crescendo quer a nível pessoal quer profissional.

Referências bibliográficas:

Favrod, J. & Maire, A. (2013). *Recuperar da esquizofrenia: Guia prática para profissionais*. (G. Toletti Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original em francês *Se rétablir de la Schizophrénie*, 2012).

Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento N°129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. *Diário da República 2ª Série*, N°35 (18-02-2011), 8669- 8673.

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*. 47 (1).81-90.

Estratégias para controlar a ansiedade

- Organize o seu dia-a-dia e comunique com as pessoas que o rodeiam;
- Massage o seu corpo para estimular e diminuir a fadiga (toque ligeiramente em partes do seu corpo, massajando-as, p.e. mãos, braços, tronco, pernas e pés);
- Espreguice-se para fomentar o relaxamento muscular (durante 10 a 30s e repetindo 2 a 3 vezes);
- Efectue relaxamento através da contração-descontração dos músculos do corpo durante 10-20 min. (Coloque-se num lugar tranquilo, vestido de forma confortável; deite-se de costas com os braços ao longo do corpo e as palmas das mãos viradas para cima; inspire profundamente e retenha a respiração expirando lentamente; contraia os músculos da cara durante 5 s fazendo o mesmo com os músculos dos ombros, braços, mãos até aos dedos dos pés);
- Para melhor adormecer: evite excitantes à noite (p.e. café), coma um jantar ligeiro e não muito tardio; leia instalado confortavelmente; adopte uma posição cómoda para dormir.



Consulta Externa
de Psiquiatria

Gabinete de
enfermagem
265549072



Centro Hospitalar de



Ansiedade



Departamento de
Psiquiatria e
Saúde Mental



Ansiedade: O que é?



Característica inerente ao ser humano que se manifesta face ao perigo ou ameaça.

Quando ocorre em situações específicas de perigo/ameaça, actua como mecanismo adaptativo.

Torna-se problemática quando se manifesta sem fundamento real começando a interferir com a capacidade do indivíduo satisfazer as suas necessidades básicas.

Causas

- Problemas na infância;
- Situações decorrentes de vivências com outros indivíduos;
- Causas biológicas (alterações químicas no cérebro ou distúrbios hormonais).

Consequências

Baixa de auto-estima e perda de capacidade para realizar determinadas actividades pelo facto de o indivíduo se sentir incapaz.

Em níveis elevados, pode impedir que o indivíduo desenvolva o seu potencial intelectual e a sua inteligência social. O indivíduo deixa de saber como deve agir em ocasiões sociais ou no trabalho, o que pode interferir negativamente com a sua situação laboral.



Manifestações

As pessoas que sofrem de ansiedade têm um vasto conjunto de sintomas. Alguns resultam de um aumento da estimulação do sistema nervoso autónomo. Outros são somatizações, ou seja, as pessoas convertem a sua ansiedade em sintomas físicos.

Os sintomas físicos afectam cerca de metade das pessoas com ansiedade e localizam-se, geralmente, nos intestinos e no peito.

Sintomas

- Fadiga;
- Insónia;
- Falta de ar/sensação de sufoco;
- Picadas nas mãos e nos pés;
- Confusão;
- Instabilidade e sensação de desmaio;
- Dores no peito/palpitações;
- Afrontamentos, arrepios, suores, frio, mãos húmidas;
- Boca seca;
- Tensão ou dor muscular;
- Necessidade urgente de urinar/defecar;
- Dificuldade em engolir;
- Sensação de ter um "nó" presente;
- Dificuldade para relaxar/dormir;
- Leve tontura ou vertigem;
- Vômito incontrolável;
- Sensação de impotência.

Tratamento

- Psicoterapia
- Terapia farmacológica geralmente com ansiolíticos e antidepressivos.



Estratégias para lidar com o pânico

- Sente-se e efectue várias inspirações e expirações lentas, profundas e pausadas;
- Imagine uma cena relaxante (p.e: estar na praia, sentido a brisa e o cheiro a maresia) e coloque-se dentro dessa cena;
- Interromper o fluxo de ideias negativas (p.e. medo de morrer, enlouquecer) pois eles não se vão tornar realidade;
- Deixe os pensamentos flutuarem e passarem, reconhecendo que o pânico não vai magoar, não vai fazer mal, não é perigoso e não significa que está louco;
- Lembre-se de alguém em quem confia e que se preocupa com o seu bem-estar e imagine que essa pessoa está consigo;
- Procure abrandar o que estava a fazer abrandando o ritmo da respiração e os pensamentos negativos relaxando o corpo inteiro. Calmamente, regresso para o que estava a fazer antes do ataque concentrando-se no que ocorre no meio que o rodeia;
- Relembre que o ataque de pânico acaba sempre;
- Relembre uma altura em que conseguiu lidar bem com a situação, sentindo-se confiante. Mobilize as boas sensações que experienciou.



Lembre-se que o pânico é apenas uma resposta natural de alarme do corpo que foi ligada apenas de não ser necessária.

Consulta Externa
de Psiquiatria

Gabinete de
enfermagem
265549072



Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardo
Hospital Ortopédico Santiago do Outão



Ataque de Pânico



Departamento de
Psiquiatria e
Saúde Mental



Ataque de Pânico: O que é?

Reacção do organismo que ocorre subitamente sendo imprevisível e inesperado. É um período de intenso temor ou desconforto.



É um problema frequente e incapacitante para o ser humano pois é uma experiência assustadora que desperta no indivíduo uma grande expectativa sobre quando e onde poderá ocorrer o próximo ataque.

Causas

- Experiência traumatizante/assustadora prévia;
- Componente genética;
- Consumo de drogas (hashish, cocaína, anfetaminas);
- Factores biológicos (p.e. sistema nervoso facilmente excitável, aumentando a antecipação ansiosa do pânico);
- Factores psicológicos (p.e. pais excessivamente preocupados com a saúde dos filhos podem criar neles uma forma de pensar ansiosa em relação a sintomas de eventual doença).

Sintomas

- Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- Sudorese;
- Tremores ou abalos;
- Sensação de falta de ar ou sufocamento;
- Sensação de asfixia;
- Dor ou desconforto torácico;
- Náusea ou desconforto abdominal;
- Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio;
- Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (estar distanciados de si mesmo);
- Medo de perder o controle ou enlouquecer;
- Medo de morrer;
- Parestesias (anestesia ou sensação de formiguelo);
- Calafrios ou ondas de calor.

Duração/frequência

O ataque de pânico dura, geralmente, cerca de 10 minutos após o que as pessoas se podem sentir assustadas e com vergonha.

O ataque de pânico, com ou sem agorafobia, afecta cerca de 3,5% da população mundial.

Agorafobia

Quando o indivíduo desenvolve medo em relação aos locais/situações onde já aconteceram os ataques de pânico, evitando ou fugindo dos mesmos.

Este comportamento causa alívio temporário mas, com o decorrer do tempo, o indivíduo vai perdendo a confiança e aumentando a evitação o que muitas vezes faz com que a sua vida se limite a um lugar que considere seguro, normalmente a sua casa.

Situações de agorafobia frequentes

- Andar de transportes públicos e conduzir;
- Multidões, grandes aglomerados de pessoas;
- Grandes armazéns, hipermercados, restaurantes e teatros;
- Ir para longe de casa, ficar sozinho em casa ou fazer grandes caminhadas;
- Espaços abertos e espaços fechados;
- Elevadores e escadas rolantes.





ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

4º MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Estudo de caso

Discente:

Neuza Alexandra Pinto Coelho

Nº 4708

Docente:

Prof. Domingos Malato

Lisboa, Fevereiro 2013

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

CIR – Cuidados Integrados e de Recuperação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	4
1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	5
2. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA	9
2.1. Diagnósticos de enfermagem	11
2.2. Planeamento de intervenções de enfermagem	11
3. ANÁLISE DA INTERACÇÃO	13
3.1. Avaliação da intervenção	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
I: Genograma e ecomapa	
II: Documento técnica de resolução de problemas	

INTRODUÇÃO

O estágio realizado no âmbito da especialidade em saúde mental e psiquiatria tem-me permitido observar a actuação de vários enfermeiros em diferentes *settings* de cuidados. Neste sentido, no serviço local de saúde onde realizo o estágio, tem-me sido possível participar em intervenções individuais/familiares no âmbito do programa CIR (Cuidados Integrados e de Recuperação), realizado na consulta externa de Psiquiatria da instituição supracitada e, intervenções em grupo realizadas do hospital de dia. Uma mais-valia tem sido também o facto de conseguir acompanhar alguns clientes que foram encaminhados pela minha enfermeira orientadora na consulta externa de Psiquiatria e, que, actualmente integram o grupo do programa socioprofissional.

O presente estudo de caso surge no seguimento de uma intervenção individual a uma das clientes que tem acompanhamento em CIR e que actualmente integra a área de dia. De destacar que, acompanhei esta cliente desde o seu primeiro contacto com a minha enfermeira orientadora da consulta externa de Psiquiatria tendo eu própria levado a cabo a entrevista de triagem para CIR e as duas entrevistas subsequentes. Assisti também à sua entrevista para inclusão no programa socioprofissional a qual foi realizada por um médico psiquiatra e pelo meu enfermeiro orientador no hospital de dia.

No decurso deste trabalho levei a cabo entrevistas de ajuda à referida cliente à qual passo a chamar de D^a B. (nome fictício). Na descrição do caso clínico tive em consideração aspectos físicos, história psiquiátrica e avaliação através do exame do estado mental. Os diagnósticos de enfermagem elaborados tiveram por base a CIPE seguindo-se uma análise reflexiva da interacção e uma avaliação da mesma.

Importa reforçar que, o que apresento neste trabalho, são um conjunto de intervenções realizadas por mim em contexto de estágio e, que têm em vista o desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade em saúde mental e psiquiatria. Não obstante, a cliente teve uma participação activa em todo o processo, participando no delinear de objectivos e na implementação de determinadas estratégias.

1. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

A D^a B. é uma senhora de 56 anos de idade, leucodérmica, viúva. Tem duas filhas, de 34 e 28 anos as quais estão a trabalhar fora do país, em Inglaterra e França, respectivamente. Reside sozinha numa moradia localizada numa das localidades pertencentes à área de abrangência da instituição hospitalar onde realizei o estágio. Actualmente, não exerce qualquer actividade profissional.

(Queixa principal): Menciona isolamento, tristeza e choro fácil. (História da doença actual): Refere que, após a morte da irmã, há cerca de 5 anos atrás, que se começou a “sentir deprimida” (sic). No entanto, nos últimos meses, verificou um agravamento da sintomatologia depressiva com aumento dos níveis de ansiedade e irritabilidade o que associa ao facto de se sentir sozinha e de não ter nenhuma ocupação. Diz “muitas vezes também me isolo... fecho tudo em casa e fico sozinha... não quero ver nem falar com ninguém...” (sic). Refere ter iniciado consumos abusivos de álcool com o intuito de diminuir a ansiedade sentida.

(Antecedentes médico-cirúrgicos e psiquiátricos): Há 7 anos, neoplasia da mama. Refere também colocação de prótese total da anca direita e paralisia facial em criança, não especificando em que faixa etária.

É acompanhada em consulta externa de Psiquiatria desde 2012 tendo iniciado acompanhamento em CIR em 2013. Medicada em ambulatório com Lamotrigina 100 mg (100); Escitalopram 10 mg (110); Seroquel 50 mg SR (001) e Rivotril 0.5 mg (111) + SOS.

(Antecedentes familiares): Destaca a neoplasia do pâncreas que acabou por ser a causa da morte da irmã. Como antecedentes psiquiátricos, em termos familiares, refere que “a minha mãe era muito ansiosa...” (sic).

(História pessoal): Para além das suas filhas, as pessoas da família que a D^a B. menciona mais são sem dúvida, a mãe e a irmã, ambas já falecidas, em 2013 e 2008, respectivamente. Destaca a relação próxima que tinha com ambas tendo vivido com elas

praticamente até ao final de 2008, momento em que a irmã adoece e a mãe acaba por ir para um lar. Este acontecimento da sua vida foi bastante significativo pois *“senti-me mais sozinha... muito triste e sem ninguém” (sic)*. Diz que, até a mãe falecer, visitava-a com frequência no lar mas *“não era igual a quando vivíamos juntas” (sic)*. Refere pouco o pai (já falecido) e os irmãos e, não fala muito na sua infância passada numa vila alentejana de onde é natural.

Diz ter uma relação próxima com as filhas embora por vezes com alguns desentendimentos. Diz que as filhas sempre tiveram ciúmes uma da outra e, actualmente, não se relacionam (*“Elas não se dão bem. Sempre tentei fazer tudo pelas duas mas havia sempre discussão. Hoje cada uma tem a sua vida e não se falam” - sic*).

Dos netos, um rapaz de 12 anos, da filha mais nova e uma rapariga de 8 anos, da filha mais velha, fala com carinho e com um sorriso nos lábios (*“são muito meus amigos. O meu netinho está sempre a dizer que tem muitas saudades minhas e que me adora. Faz-me sentir bem.” - sic*).

Contacta com as filhas e os netos quase diariamente fazendo uso do computador para o efeito, *“falamos muito pelo facebook e com a câmara consigo vê-los a todos o que é muito bom” (sic)*.

Estudou até ao 4º ano indo posteriormente, trabalhar como auxiliar numa escola no Alentejo. Casou com 19 anos sendo que, aos 22 emigrou com o cônjuge para a Suíça, país onde permaneceu durante aproximadamente 10 anos. Teve vários empregos no país onde esteve emigrada destando, o exercício de funções enquanto assistente operacional num lar e num hospital.

O marido da D^a B. acabou por falecer na Suíça na sequência de um acidente de trabalho, corria o ano de 1989. A cliente menciona *“Vi-me com duas filhas nos braços... Sozinha num outro país... Ainda fiquei lá um pouco mais de tempo mas depois vim-me embora para o pé da minha mãe e da minha irmã. Fui pai e mãe para as minhas filhas. Elas eram muito pequenas quando o pai morreu. A mais nova tinha 4 anos...” (sic)*. Diz ter tido alguns outros relacionamentos após a morte do marido tendo vivido cerca de 5 anos em união de facto com um senhor mas *“as coisas não deram certo...” (sic)*. Actualmente, menciona que há um homem com quem sai e que

demonstra interesse nela mas “*eu não quero nada com ele... Ele é casado... Às vezes jantamos juntos e passeamos mas só isso...*” (sic).

A cliente diz que, actualmente, um dos seus principais problemas tem a ver com a sua situação económica. Apenas auferir uma pensão de sobrevivência pelo marido. Ela não está aposentada nem recebe nenhum outro subsídio. Tem várias despesas com carro e casa tendo dificuldade em fazer face às mesmas. O dinheiro acaba por “*não chegar para tudo. Às vezes tenho mesmo dificuldades em comprar a comida e os medicamentos.*” (sic).

Para uma melhor compreensão de toda esta dinâmica que tenho vindo a explicitar, encontra-se em anexo um genograma/ecomapa (Anexo I).

- Exame do estado mental:

- *Aspecto, atitude e actividade:* A D^a B. é uma senhora com idade aparente semelhante à real. Aspecto cuidado. Cabelo pintado e arranjado. Unhas arranjadas. Vestuário limpo e adequado à estação do ano actual. Usa acessórios como fios e brincos para complementar a indumentária. Vigil, atenção captável e fixável. Cruza o olhar com o do técnico colaborando em todo o processo inerente às entrevistas realizadas. Nestes momentos de contacto, a cliente permanece sentada, gesticulando com as mãos e curvando-se para a frente em direcção ao técnico o qual está sentado numa cadeira disposta a cerca de 90° da D^a B.

- *Humor e emoções:* Humor depressivo nos contactos iniciais. Emoções congruentes com o humor. Num dos últimos momentos de contacto apuram-se períodos de elação do humor.

- *Discurso e linguagem:* Discurso fluído, lógico e coerente não apresentando quaisquer alterações.

- *Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção:* Durante os contactos, não se apuram quaisquer alterações a nível do pensamento e/ou percepção.

- *Cognição:* A D^a B. está orientada auto e alopsiquicamente. É possível captar e manter a sua atenção. Sem aparentes alterações a nível da cognição.

- *Insight e juízo crítico*: Sem alterações. A doente reconhece que está doente embora não faça crítica para as oscilações de humor que experiencia nos últimos tempos. Menciona unicamente o facto de se sentir deprimida.

Afirma que precisa de ajuda, reconhecendo que só será bom para ela colaborar com os profissionais de saúde nos cuidados que lhe são prestados, participando activamente no delinear de estratégias e objectivos. Contudo, acaba por não ser possível a intervenção que havia sido delineada com o profissional de saúde pelo facto da cliente não ter comparecido no momento combinado para tal.

2. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

O cuidar é a essência da disciplina de enfermagem e, implica a intervenção entre duas pessoas, a pessoa que cuida e a pessoa-alvo dos cuidados. Neste sentido, os cuidados de enfermagem são um processo interactivo entre uma pessoa que tem determinado tipo de necessidades de ajuda e outra que possui capacidades para a satisfação dessas mesmas necessidades. A intervenção de enfermagem é assim, um processo intencional, com base na interacção entre os intervenientes e que visa a resolução dos problemas identificados. (Chalifour, 2008; Lopes, 2006)

Na base destes cuidados está o processo de enfermagem o qual visa a sistematização dos mesmos, com vista não só a atribuir à enfermagem um cariz científico como também com o foco na resolução de problemas anteriormente referenciada. É um processo dinâmico e contínuo constituído por seis etapas: avaliação, diagnóstico, identificação dos resultados, planeamento, implementação e evolução (Townsend, 2011).

Na sua prática diária de cuidados de enfermagem, o enfermeiro levanta diagnósticos de enfermagem que norteiam a sua prestação de cuidados tendo em consideração as necessidades do cliente. Estas serão melhor conhecidas através da avaliação previamente efectuada pelo referido profissional de saúde ao cliente alvo dos seus cuidados. Do diagnóstico surgirão resultados esperados que levam ao planeamento de intervenções para a obtenção de determinados objectivos. Só depois é levada a cabo a implementação e consequente avaliação das intervenções. Neste sentido, para uma boa prática, é essencial o cumprimento das fases do processo de enfermagem motivo pelo qual o desenvolvimento do presente trabalho se reveste de particular importância. (Townsend, 2011)

A entrevista é um conceito particularmente importante no desempenho dos cuidados de enfermagem. Chalifour (2009, p.59) refere

“A entrevista é um tipo particular de interacções verbais e não-verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam

determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objectivos visados e do tempo que acordam para este fim”.

Este tipo de permuta é influenciada por vários factores sejam eles inerentes ao cliente, ao profissional de saúde ou ao contexto onde decorre. Assim, o entrevistador tem de ter em consideração estes factores com o intuito de atingir os objectivos a que se propõe. Destacam-se aspectos como a escuta, o questionamento, o aprofundamento, a análise do comportamento e das palavras da pessoa, a interpretação do que é dito e observado, a clarificação e validação das nossas percepções e das da pessoa, a reflexão sobre o que se compreende, a identificação do problema e o emergir de soluções (Phaneuf, 2005).

Salienta-se ainda que, em psiquiatria, a entrevista deve também servir para “avaliar o doente e propor-lhe meios susceptíveis de o ajudar a melhorar a sua condição” (Phaneuf, 2005, p.250).

A autora que tem vindo a ser referida, define vários tipos de entrevista consoante os objectivos delineados para a mesma e o local onde decorre. Neste trabalho, irei focar-me essencialmente nos dados obtidos pela realização de entrevistas de ajuda. Neste sentido, importa defini-la. Recorrendo a Phaneuf (2005, p.289)

“Trata-se de uma comunicação profissional para a qual a enfermeira estabelece um processo de suporte para a pessoa cuidada ou para os seus próximos a fim de os ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e ao seu tratamento ou às dificuldades existenciais que prejudicam a sua adaptação à situação vivida. (...) visa ajudá-los a compreender esta situação e aceitá-la com serenidade, a tornarem-se a carga e a tornarem-se autónomos, quando isso é possível ou a atravessarem os últimos momentos da vida com dignidade”.

Face ao exposto, salienta-se a importância do levantamento de diagnósticos que nos permitam levar a cabo as intervenções adequadas. Para este efeito, recorri à linguagem CIPE[®] β2 dando-se primazia aos fenómenos directamente relacionados com a saúde mental e Psiquiatria.

Foram levantados os focos: humor; tristeza, ansiedade, insónia, interacção social, abuso do álcool, *coping* e solidão. Foi com base nestes focos que se procedeu ao levantamento dos diagnósticos de enfermagem que de seguida apresento.

2.1. Diagnósticos de enfermagem

- Humor depressivo presente em grau moderado
- Tristeza presente em grau moderado
- Ansiedade presente em grau elevado
- Autocontrolo ansiedade ineficaz em grau elevado
- Insónia intermédia em grau moderado
- Interacção social diminuída em grau moderado
- *Coping* ineficaz em grau elevado
- Consumo de álcool em grau moderado
- Solidão presente em grau elevado

2.2. Planeamento de intervenções de enfermagem

Após o levantamento de diagnósticos de enfermagem, importa definir estratégias de intervenção com vista à obtenção de determinados resultados, visando o maior benefício para a pessoa alvo dos cuidados.

- Aplicar técnica de relação de ajuda em enfermagem
- Aplicar técnica de escuta activa
- Aplicar técnica de disponibilizar presença
- Aplicar técnica de resolução de problemas
- Aplicar sessões de relaxamento segundo Jacobson (adaptado) – intervenção em grupo
- Apoiar a tomada de decisão
- Encorajar a participação em actividades sociais
- Encorajar o desenvolvimento de inter-relações
- Encorajar o uso de técnicas de relaxamento
- Identificar história do consumo de álcool
- Incentivar a socialização
- Informar sobre estratégias a adoptar para facilitar o sono
- Informar sobre a dependência e o consumo de álcool

- Informar sobre a importância do sono
- Informar sobre problemática e suas consequências
- Instruir a pessoa sobre autocontrolo
- Instruir o doente sobre técnicas de relaxamento
- Gerir medicação hipnótica em SOS
- Oferecer suporte emocional
- Promover autocontrolo eficaz
- Promover a interacção social
- Promover a participação em actividades de distracção (ouvir música, sair com amigas, ir a bailes actividades destacadas pela D^a B. como sendo da sua preferência)
- Promover a utilização de mecanismos de *coping* eficazes

3. ANÁLISE DA INTERACÇÃO

Finda a apresentação da intervenção realizada e, atendo à importância que a reflexão e consequente análise da prática deverá ter para um enfermeiro especialista, importa reflectir sobre o vivido. Isto no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados assumindo-se a importância da avaliação da intervenção efectuada.

Conquanto se poderá considerar que a intervenção realizada tem por base uma intervenção psicoterapêutica, no sentido de se ter pretendido ajudar a pessoa a identificar as suas capacidades e a desenvolver novas estratégias que visem a resolução dos problemas por si apresentados, constata-se a importância do presente trabalho no desenvolvimento das competências de EESMP.

Considero ter sido estabelecida uma relação terapêutica com a D^a B. o que acaba por se reflectir na mobilização de determinados atributos como a empatia, a individualidade da pessoa e a capacidade de decisão da mesma, o apoio, o respeito pelo outro e o ser autêntico e genuíno. Isto acaba por moldar os limites inerentes à própria prestação de cuidados visando a qualidade dos mesmos.

Contudo, a comunicação terapêutica é essencial no desenvolvimento de uma relação terapêutica de qualidade enfatizando-se a importância de manter a pessoa alvo dos cuidados informada, ajudando-a na gestão dos seus sentimentos e emoções com vista a, recuperar a homeostasia e incidir na promoção da sua saúde, particularmente em termos da saúde mental.

A entrevista de ajuda mobilizada na intervenção deve ser encarada como a base da relação de ajuda em enfermagem a qual mais não é que uma intervenção autónoma do enfermeiro pelo, que carece de investimento por parte deste. Para tal foram mobilizados os princípios de Phaneuf (2005) face a este tipo de intervenção. Destaca-se a importância de se ter planeado as intervenções com o cliente em questão, respeitando o tempo deste, planeando os momentos de contacto e, respeitando o facto de, o mesmo não ter comparecido no último dia programado, que coincidiu com o último dia de estágio daí a impossibilidade de continuar a intervenção em termos individuais. No

entanto, nos três momentos de contacto que foi possível realizar, foram identificados alguns dos problemas do cliente sendo efectuado um reforço positivo no sentido do reconhecimento de potencialidades da D^a B. e mobilização dessas mesmas potencialidades com enfoque na resolução dos problemas previamente apresentados. O EESMP pretendeu nortear o percurso da cliente, não fazendo o caminho por ela mas funcionando como um parceiro que, caminha ao seu lado.

Considero importante identificar a relevância do contexto onde decorreram os momentos de contacto, no sentido de compreender a pertinência do meio quer interno quer externo na relação terapêutica. Procurei que os momentos de contacto ocorressem em divisões amplas onde fosse possível manter a privacidade, não havendo interrupções externas. A posição que adoptei junto da cliente também foi no sentido de manter o contacto visual com a mesma, demonstrando disponibilidade para a escutar o que foi possível através da colocação das cadeiras onde nos sentámos a cerca de 90º e, pelo facto de inclinar o tronco em direcção à cliente, procurando obter uma maior proximidade, embora procurando não invadir o seu espaço. Para tal, observei a reacção da mesma a qual, acabava por também procurar cruzar o seu olhar com o meu e inclinar-se na minha direcção, numa postura de abertura.

Ao longo dos momentos de contacto procurei mobilizar determinadas estratégias como o toque e a reformulação de modo a estimular a cliente a prosseguir com o que dizia, demonstrando disponibilidade para a escutar e, por vezes, efectuando reforços positivos no sentido de promover a utilizar de estratégias de *coping* adequadas.

Penso que também foi pertinente o ter querido estabelecer uma parceria com a cliente a qual teve por base a obtenção do consentimento informado por parte desta, no sentido de, conjuntamente, criar e desenvolver um projecto terapêutico que visasse a satisfação das necessidades por si manifestadas.

3.1. Avaliação da intervenção

A análise dos resultados obtidos foi realizada tendo por base a observação do estado mental da D^a B. tendo-se verificado uma melhoria da sintomatologia depressiva e ansiosa, pautada pela cessação do abuso de álcool e pelo aumento da interacção social o que, de algum modo, veio a comprovar a eficácia que a intervenção estaria a ter na

cliente. No entanto, pelo facto da D^a B. estar a frequentar um programa socioprofissional com intervenções em grupo, é inegável o impacto positivo que este poderia estar a ter sobre a cliente pelo que, é difícil estabelecer uma ponderação para cada uma das intervenções. Apenas se pode compreender os benefícios de ambas enquanto partes constituintes de uma intervenção em enfermagem que visa o bem-estar da cliente em questão.

Também pela observação das interacções, foi possível compreender que estes foram facilitadoras no sentido de promover na cliente a segurança necessária para que esta verbalizasse ao técnico os seus sentimentos e emoções, os seus receios e o que acreditava serem os seus principais problemas. De algum modo, foi possível explicitar a importância da mobilização da técnica de resolução de problemas. Inicialmente, foi explicitado à cliente em que consiste esta abordagem, levando-a a compreender a importância da mesma para aquilo que destaca como sendo os seus principais problemas actualmente, ou seja, a solidão, a ansiedade, os consumos de álcool e os seus problemas económicos. Neste sentido, procurei que a cliente reflectisse sobre o seu processo vivencial, sobre as suas experiências, procurando preencher um documento criado por mim com o sentido de transpor para a prática o teorizado na técnica anteriormente mencionada.

Em contactos futuros que não foram possíveis de realizar, pretendia mobilizar a técnica de resolução de problemas a qual visa essencialmente a visualização de determinada situação de forma objectiva ou pedir ajuda a outro indivíduo para nos ajudar a fazê-lo podendo este ser o papel desempenhado pelo profissional de saúde, neste caso pelo, EESMP: O enfoque essencial acaba por ser a tomada de decisão. (Townsend, 2008) Para tal, mobilizaria o documento criado por mim que esperaria que a cliente tivesse preenchido segundo as minhas indicações prévias. Caso tal não tivesse ocorrido, procuraria efectuar o preenchimento em conjunto com a D^a B.

De salientar que, perante o caso que apresento pareceu-se ser uma estratégia assaz pertinente que possibilita analisar a situação problemática e, posteriormente, passar à formulação de objectivos para a resolução da mesma o que passará por, estudar estratégias de intervenção para lidar com o problema, ponderar os riscos e benefícios de cada uma delas e, por fim, seleccionar uma alternativa e implementá-la. No final, deverá

ser avaliado o resultado da estratégia adoptada. Se esta tiver sido ineficaz, deverá repetir-se todo o processo. (Townsend, 2008)

Intuitivamente é o que, muitas vezes, acabamos por fazer no nosso quotidiano mas, por vezes, quando sujeitos a fortes *stressores* podemos não conseguir fazer frente àquilo com que nos deparamos e que, efectivamente, é problemático para nós. Pelo que, me surgiu que o desenvolvimento da estratégia acima explicitada poderá ter toda a pertinência em casos semelhantes ao da D^a B a qual menciona alguns problemas na sua vida mas, não consegue desenvolver estratégias adaptativas que lhe permitam fazer face aos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findo o presente trabalho importa destacar os aspectos conclusivos do mesmo. Neste sentido é relevante mencionar a importância que a entrevista tem no estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica cujos objectivos podem ser variados de acordo também com o tipo de entrevista. Aspectos característicos do doente como seja a idade e a escolaridade são relevantes mas, no que respeita à saúde mental e psiquiatria é importante salientar que “o estado mental e o estado físico do cliente influenciam todos os aspectos do desenvolvimento da entrevista” (Chalifour, 2009, p.64).

Ainda assim é importante destacar Phaneuf (2005, p. 257) que se refere à entrevista

“Não será demais insistir no facto de que este encontro se deve desenrolar como uma conversa normal em que a pessoa se sinta aceite, compreendida e à vontade, pois que é graças a este clima criado que se desenvolve a relação de confiança, a aliança terapêutica essencial a qualquer entrevista” (Phaneuf, 2005, p. 257)

Neste sentido, é importante que o enfermeiro seja capaz de oferecer ao cliente cuidados centrados no mesmo tendo em consideração as características deste e as suas necessidades/solicitações (Chalifour, 2009). O profissional deverá encarar o cliente como um parceiro em todo o processo inerente à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, devendo compreender o momento em que deverá ocorrer a cessação da intervenção quer o doente demonstre vontade de tal ou caso esta já não seja pertinente.

Deste modo, considero que a realização deste trabalho assumiu importância não só no mobilizar e cimentar conhecimentos adquiridos no âmbito da especialidade em saúde mental e psiquiatria como também no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área. De igual forma, assumiu particular destaque como forma de reflexão sobre a prática de cuidados levada a cabo durante o estágio com vista a melhorar a qualidade dos mesmos sobretudo ao nível dos benefícios para o cliente.

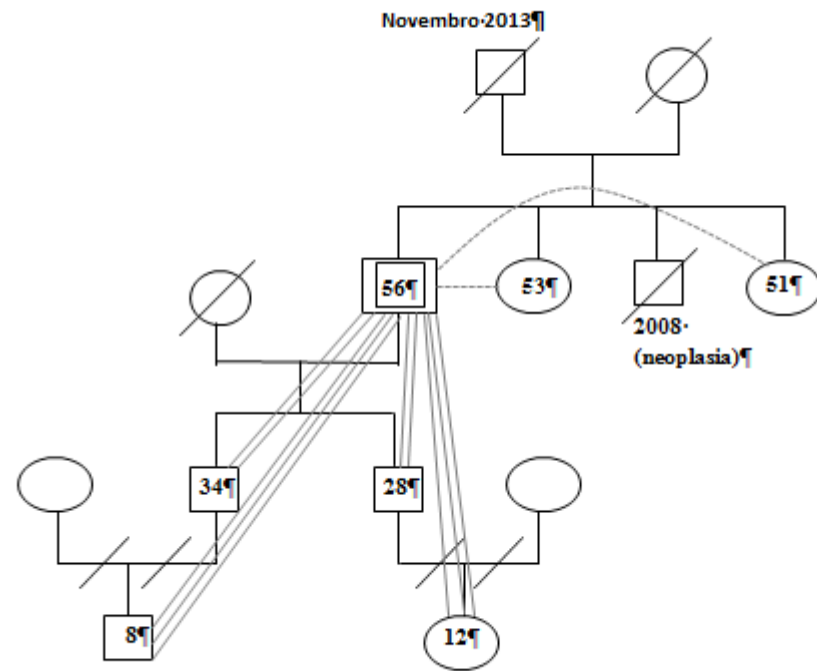
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência, Lda.
- Carlat, D. J. (2007). *Entrevista psiquiátrica*. (2ª Ed.). (A. Caleffi & C. Dornelles Trad.). Porto Alegre: Artmed. (tradução do original do inglês The psychiatric Interview: A practical guide, 2ª Ed., 2005).
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica. Vol.1: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (G. Toletti Trad.). Lisboa: Lusodidacta. (tradução do original do francês L'intervention thérapeutique. 1ºv.: Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide, 1999).
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica. Vol.2 : Estratégias de intervenção*. (G. Toletti Trad.). Lisboa: Lusodidacta. (tradução do original do francês L'intervention thérapeutique. 2ºv.: Stratégies d'intervention, 2000).
- Enelow, A., Forde, D. & Brummel-Smith, K. (1999). *Entrevista clínica e cuidados ao paciente*. (4ª Ed.). (P. Mendonça Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (tradução do original do inglês Interviewing and patient care, 4ª Ed., 1996).
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente – como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. (H. Castro Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original do inglês ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice, 2010).
- MacKinnon, R. & Yudofsky, S. (1988). *A avaliação psiquiátrica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento N°129/2011 de 18 de Fevereiro (2011).

- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. *Diário da República 2ª Série*, Nº35 (18-02-2011), 8669- 8673.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem*. (H. Castro Trad.) Lisboa: OE. (Tradução do original em inglês ICNP® Version 2 – International classification for nursing practice)
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N.Salgueiro & R. P. Salgueiro Trad.). Loures: Lusociência.(tradução do original do francês Communication, entretien, relation d'aide et validation, 2002).
- Rebelo, L. (2007). Genograma familiar: o bisturi do médico de família. *Revista portuguesa de clínica geral*. 23. 309-317.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica – Conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. (S.C.Rodrigues Trad.). Lisboa: Lusociência. (Tradução do original do inglês Psychiatric Mental Health Nursing – Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 6ª ed., 2009).
- Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. (V. Ramos & R. Albuquerque Trad.) Lisboa: Climepsi. (tradução do original do inglês The psychiatric mental status examination, 1993).

I: GENOGRAMA E ECOMAPA

¶



II: DOCUMENTO TÉCNICA DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Problema	Objetivos	Estratégias	Quando implementar?	Resultados

4.16

Centro Hospitalar de
Hospital de
Hospital

INFORMAÇÃO

Conselho de Administração

Ref.º: 01.MJM/2014	1) Autorizado.
De:	2) Ao serv. Gestão da Formação
Para: Vogal do Conselho de Administração	para informar e responder e o serviço.
Data: 31 de Janeiro de 2014	c/c: Sta. Dea.

Bo (B)

5.2.14

5.2.14

CENTRO HOSPITALAR DE
O Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização para realização do Estudo "Intervenções de Enfermagem na Gestão da Ansiedade num grupo de pessoas com doença mental".

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Junto envio o estudo mencionado em epígrafe, uma vez que tem parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de _____, e não tem questões financeiras.

Com os melhores cumprimentos

O Secretariado do Conselho de Administração

Comissão de Ética para a Saúde

Rua I

Telefone: Ext.: 3536
E-mail: comissao.etica@min-saude.pt

Data: 20 de Janeiro de 2014

Título do estudo: "Intervenções de Enfermagem na Gestão da Ansiedade num grupo de pessoas com doença mental"

Referência: Parecer nº0002/2014F

Revisão ética

Trata-se de um estudo que pretende avaliar de que forma é que uma intervenção em grupo tendo por base a abordagem cognitivo-comportamental e a mobilização do relaxamento muscular progressivo se repercutem ao nível da gestão da ansiedade de um grupo de doentes mentais, o que será efectuado com o recurso ao Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI).

O estudo é realizado no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na área de especialização de Saúde Mental e Psiquiatria, sendo co-orientador o Professor Domingos Manuel Quintas Malato e orientadora a Professora Coordenadora Lúcia Maria de Lemos Vaz Velho.

O estudo apresenta apreciação favorável do Director do Serviço de Psiquiatria e do Enfermeiro Chefe do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de EPE.

Membros da Comissão

Os membros da Comissão de Ética para a Saúde que estiveram presentes na reunião de 17 de Janeiro de 2014

Nome	Posição na CES	Profissão	Presente
	Presidente	Médico nefrologista	Sim
	Vice Presidente	Médico internista	Sim
	Vogal	Professora universitária	Sim
	Vogal	Farmacêutica	Não
	Vogal	Médica ortopedista	Sim
	Vogal	Assistente Social	Sim
	Vogal	Enfermeiro	Sim

Documentos Revistos

Os documentos revistos na reunião foram:

Documento		Data
Carta ao presidente do CA	Sim	20 Novembro de 2013
Consentimento informado	Sim	20 Novembro de 2013
Parecer do Director de Serviço	Sim	27 Novembro de 2013
Parecer do Enfermeiro de Serviço	Sim	27 Novembro de 2013

Declaração de conformidade

Foi analisado o protocolo de estudo à luz da legislação portuguesa, da Declaração de Helsínquia e das ICH-GCP Guidelines.

Decisão ética

A Comissão de Ética para a Saúde decidiu, por unanimidade, dar parecer favorável à realização do estudo.

Condições da opinião favorável

Não aplicável.

Presidente

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



Investigação realizada no âmbito do 4º Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

Autora: Neuza Alexandra Pinto Coelho

(Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

O presente trabalho de investigação, intitulado “*Intervenções de Enfermagem na gestão da ansiedade num grupo de pessoas com doença mental*”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Enfermagem e tem como principal objectivo compreender a pertinência da aplicação de um projecto de intervenção de enfermagem ao nível da gestão da ansiedade.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo que, para tal, a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Domingos Malato, será apresentado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no ano 2014 podendo, se desejar, contactar a autora para se inteirar dos resultados obtidos.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco sendo que, as informações serão recolhidas através de um inventário de auto-preenchimento e da interacção com o investigador. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada.

A sua participação neste estudo é voluntária, pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de tomar conhecimento do acima referido, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura: _____ Data: _____

For use by Neuza Coelho only. Received from Mind Garden, Inc. on September 29, 2013

Permission for Neuza Coelho to reproduce 1 copy
within one year of September 29, 2013

Manual do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

Danilo R. Silva e Charles D. Spielberger

Com a colaboração de
Rosa Novo, Filomena Sousa e Andreia Paulo

Publicado por Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

De: neuza coelho [neuxa_87@hotmail.com]
Enviado: segunda-feira, 12 de Agosto de 2013 20:06
Para: Danilo Rodrigues Silva
Assunto: RE: Autorização para utilização da STAIT-Y

Boa noite.

Muito obrigada pela sua resposta.

Pretendo aceder à escala pela editora que me recomendou. Isto implica a autorização para utilização da mesma para o meu projecto ou, para além da compra, preciso de levar a cabo mais algum procedimento?

Cumprimentos, Neuza Coelho

From: danilo@fp.ul.pt
To: neuxa_87@hotmail.com
Date: Tue, 13 Aug 2013 10:52:15 +0100
Subject: RE: Autorização para utilização da STAIT-Y

Fica naturalmente autorizada a usar o material que adquirir. É seu. Bom trabalho.

Danilo R. Silva

danilo@fpce.ul.pt

Fax: (351) 217933408

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

De Charles D. Spielberger

STAI Form Y-1, Versão Portuguesa de Danilo R. Silva

(Para uso de Neuza Coelho. Recebido por Mind Garden, Inc. a 29 de Setembro, 2013)

Instruções: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, **neste preciso momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos **neste momento**.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1.Sinto-me calmo	1	2	3	4
2.Sinto-me seguro	1	2	3	4
3.Sinto-me tenso	1	2	3	4
4.Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6.Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7.Presentemente, ando preocupado com desgraças que podem vir a acontecer	1	2	3	4
8.Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9.Sinto-me assustado	1	2	3	4
10.Estou descansado	1	2	3	4
11.Sinto-me confiante	1	2	3	4
12.Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13.Estou inquieto	1	2	3	4
14.Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15.Estou descontraído	1	2	3	4
16.Sinto-me contente	1	2	3	4
17.Estou preocupado	1	2	3	4
18.Sinto-me confuso	1	2	3	4
19.Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Form Y-2

Instruções: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente **em geral**. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos **geralmente**

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
21.Sinto-me bem	1	2	3	4
22.Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23.Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24.Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26.Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27.Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
28.Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30.Sou feliz	1	2	3	4
31.Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32.Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33.Sinto-me seguro	1	2	3	4
34.Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35.Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36.Estou contente	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38.Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1	2	3	4
39.Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

GUIÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO

Adaptado de Manes, S. (2011). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora. (Traduzido do original do italiano 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi) e Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prática para profissionais de saúde*. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional).

Objectivo: proporcionar nos participantes o desenvolvimento de um estado geral de relaxamento capaz de facilitar o contacto consigo próprios levando ao surgir de sentimentos de calma e bem-estar.

Dimensão do grupo: até 20 participantes.

Duração: aproximadamente 30 minutos.

Local: CHS E.P.E.

Material: colchões, CD com música e leitor de CD.

Desenvolvimento: O animador convida os participantes a deitarem-se em decúbito dorsal sobre os colchões que se encontram dispostos pela sala. Coloca música de fundo e prossegue com a apresentação do relaxamento como intervenção:

“Este procedimento de relaxamento é uma adaptação do relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson o qual tem sido praticado desde os anos 20. Foi estudado por vários investigadores que descobriram a sua eficácia. Como resultado, sentir-se-ão relaxados e calmos embora nunca percam a consciência do que vos rodeia. Quando um músculo se contrai, as suas fibras encolhem fazendo-o maior. Em relaxamento, o músculo retoma um estado de descanso. Um músculo contraído é duro ao toque.”

“Peço que se coloquem o mais confortáveis possível... Fechem os olhos e concentrem a vossa atenção em vós... Tomem consciência da superfície que está debaixo de vós... Deixem que o vosso corpo se adapte a ela...reparem como o apoiam...tenham em atenção os pontos de contacto em o vosso corpo e o colchão...a cabeça...os ombros...as costas...as ancas...os calcanhares...os cotovelos...os antebraços... as mãos...sintam o vosso corpo afundar-se na superfície onde estão deitados... sintam o vosso corpo a tornar-se mais pesado à medida que a tensão desvanece... sintam-se em paz... Sintam a

respiração tranquila... Sigam o seu fluxo natural... inspirem... expirem...(pausa de 1 min)... Sintam o ar a transportar para fora de vós todas as vossas tensões...”

Respiração

“Imaginem que estão deitados sobre um relvado bem verde... sintam a temperatura da relva...sintam o peso do vosso corpo sobre o relvado...imaginem que estão a olhar para o céu límpido...azul...vejam os pássaros a passar...voando...voando...ouçam-nos piar...”

Respiração

“Sintam o peso dos vossos calcanhares sobre a relva...Façam força com o calcanhar contra a relva... Força... Força... Força... E relaxem...Flictam o pé para cima ao nível da articular do tornozelo fazendo força com o calcanhar na relva...Força...Força...Força...Relaxem...Flictam o pé para baixo ao nível da articular do tornozelo fazendo força com o calcanhar na relva ... Força...Força...Força...Relaxem...”

Respiração

“Sintam agora as vossas pernas... estão pesadas... e relaxadas...façam força com as vossas pernas contra a relva... apertem...força...força...e relaxem...”

Respiração

“Agora, sintam o peso da vossa bacia sobre a relva...façam pressão com a bacia contra a relva... Força...Força...Força...Relaxem...”

Respiração

“Sintam a vossa barriga...Contraíam a barriga em direcção às vossas costas... Força...Força...Força...Relaxem...As vossas costas também estão relaxadas... sintam o peso das vossas costas...façam força com as costas contra a relva... Força...Força...Força...Relaxem...”

Respiração

“Tomem agora consciência dos vossos ombros...estão pesados sobre a relva...empurrem os ombros contra a relva... Força...Força...Força... e relaxem...”

Respiração

“Sintam agora os braços apoiados sobre a relva...Façam força contra a relva... Força...Força...Força... e relaxem...Sintam as vossas mãos... sintam os vossos dedos... fechem a mão e façam força... apertem bem os dedos contra a palma da mão...Força...Força...Força... e relaxem...”

Respiração

“O vosso pescoço está relaxado e a cabeça está pesada...Empurrem a cabeça contra a relva... Força...Força...Força... e relaxem...Levem o queixo até ao peito... Força...Força...Força... e relaxem...Encostem de novo a cabeça na relva... Força...Força...Força... e relaxem...”

Respiração

“Foquem a vossa atenção na vossa boca...mexam a boca... mexam a língua e sintam a cavidade oral...sintam os vossos dentes...cerrem os lábios... Força...Força...Força... e relaxem... Com os lábios cerrados, pressionem a língua contra os dentes... Força...Força...Força... e relaxem...”

Respiração

“Centrem-se nos vossos olhos...fechem os olhos com força... Força...Força...Força... e relaxem...Franzam os músculos todos da sua cara...contraíam os olhos com força...cerre os lábios... Força...Força...Força... e relaxem...”

Respiração

“Sintam todo o vosso corpo relaxado...sintam-se leves...calmos e relaxados...a respiração é calma...fluída e profunda...Inspirem...expirem...quando eu disser agora retenham a respiração...agora... retenham...retenham...retenham...e mandem o ar todo fora...tudo para fora...todas as tensões para longe...”

Após o percurso de relaxamento terminar, o dinamizador fica em silêncio durante alguns momentos dando tempo aos participantes para que estes entrem em contacto consigo mesmos, aliviando a tensão. Posteriormente, prossegue com as últimas instruções:

“Procurem recordar esta sensação de paz, de serenidade... Esta sensação vai acompanhar-vos durante o resto do vosso dia, quando despertarem...Quando quiserem, podem abrir os olhos...mover as vossas mãos...os vossos braços...as vossas pernas...podem espreguiçar-se ...e quando quiserem podem-se sentar sobre a relva...”

No final, o dinamizador sugere que se passe para uma partilha dos sentimentos vivenciados aquando da sessão de relaxamento bem como da utilidade do mesmo no minimizar de eventuais tensões.

PLANIFICAÇÃO DA PRIMEIRA SESSÃO

Título: Intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade Duração: Aproximadamente 1h30m. Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar E.P.E. Data: 14-01-2014 Hora: 11h				
Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Explanar os objectivos do projecto de intervenção em enfermagem; - Contextualizar as sessões do projecto tendo em conta a gestão da ansiedade; - Dar a conhecer a metodologia que se pretende utilizar no projecto. 	- Clarificar a temática e objectivos da sessão através de uma Apresentação em Power Point.	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo; - Recursos: Computador Projector Apresentação Powerpoint 	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Quebrar o gelo; - Apresentar os elementos do grupo; - Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo. 	- O dinamizador solicita aos elementos do grupo que estes deambulem livremente pela sala de modo a inteirarem-se desse mesmo espaço o que ocorre ao mesmo tempo que passa uma música. Progressivamente, é esperado que os indivíduos se cumprimentem uns aos outros de formas distintas, seguindo as indicações do dinamizador.	<ul style="list-style-type: none"> - Música - Elementos do grupo 	10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar os elementos do grupo; - Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procura-se que os elementos se disponham na sala, formando um círculo. É pedido que, à vez, cada pessoa chegue ao centro, diga o seu nome, seguido de um som libertador de tensões. Posteriormente, o grupo repete o nome e o som. Decorre assim até todos os elementos se apresentarem. - No fim, é pedido que cada pessoa fale sobre 	- Elementos do grupo	15 minutos

		as expectativas que tem para este projecto.		
	<ul style="list-style-type: none"> - Introduzir o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson; - Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson; - Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> - O dinamizador explicar em que consiste o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa; - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rádio - Colchões - Elementos do grupo 	35 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões - Elementos do grupo 	15 minutos

PLANIFICAÇÃO DA SEGUNDA SESSÃO

Título: O que é isto da ansiedade?!

Duração: Aproximadamente 1h30m.

Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E.

Data: 17-01-2014 **Hora:** 11h

Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	- Explanar os objectivos da segunda sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.	- Clarificar a temática e objectivos da sessão.	- Exposição;	5 minutos
Desenvolvimento	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido.	- Com o grupo em círculo, promover a partilha sobre o decorrido na sessão anterior.	- Exposição; - Elementos do grupo.	10 minutos
	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Promover a auto consciencialização acerca do fenómeno da ansiedade; - Estimular o processo cognitivo e a criatividade.	- Dispor o grupo num círculo sentados sobre os colchões; - Solicitar que cada elemento do grupo diga uma palavra sobre o que para si representa a ansiedade; - Discutir em grupo o que foi dito e o significado do mesmo.	- Rádio; - Colchões; - Elementos do grupo.	25 minutos
	- Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson; - Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson.	- O dinamizador explicar em que consiste o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa; - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson.	- Rádio - Colchões - Elementos do grupo	35 minutos

Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões - Elementos do grupo 	15 minutos
--------------------	--	--	--	-------------------

PLANIFICAÇÃO DA TERCEIRA SESSÃO

Título: Manifestações da ansiedade Duração: Aproximadamente 1h30m. Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E. Data: 21-01-2014 Hora: 11h				
Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Explanar os objectivos da terceira sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificar a temática e objectivos da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo; 	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Com o grupo em círculo, promover a partilha sobre o decorrido na sessão anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição; - Elementos do grupo. 	10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Promover a auto consciencialização acerca do fenómeno da ansiedade; - Estimular o processo cognitivo e a criatividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer textos aos elementos do grupo nos quais a ansiedade é o tema principal; - Dar tempo ao grupo para que todos leiam os textos; - Instruir os grupos para o passo seguinte o qual passará por, cada elemento do grupo escolher o texto com o qual mais se identifica, clarificando de seguida a sua escolha; - No final estimula-se a troca de ideias entre o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Textos; - Elementos do grupo; - Textos sobre ansiedade. 	25 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson; - Capacitar cada elemento do grupo para realizar 	<ul style="list-style-type: none"> - O dinamizador explicar em que consiste o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa; - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, 	<ul style="list-style-type: none"> - Rádio - Colchões - Elementos do grupo 	35 minutos

	autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson.	ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson.		
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões - Elementos do grupo 	15 minutos

PLANIFICAÇÃO DA QUARTA SESSÃO

Título: Impacto da ansiedade no quotidiano Duração: Aproximadamente 1h30m. Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E. Data: 24-01-2014 Hora: 11h				
Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	- Explicar os objectivos da quarta sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.	- Clarificar a temática e objectivos da sessão.	- Método expositivo;	5 minutos
Desenvolvimento	- Explicitar o impacto que a ansiedade pode ter no quotidiano dos indivíduos; - Mobilizar perturbações da ansiedade; - Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido.	- Pedir ao grupo para mencionar o impacto que a vivência de situações de ansiedade teve no seu quotidiano, no desempenho das suas tarefas e na relação com os outros; - Mobilizar uma apresentação em Power point para referir de que formas é que o fenómeno ansiedade pode ter impacto no quotidiano nos indivíduos; - Destacar os quadros patológicos associados à ansiedade (ansiedade fóbica, perturbação de pânico e perturbação da ansiedade generalizada).	- Exposição; - Power point; - Elementos do grupo.	10 minutos
	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Promover a auto consciencialização acerca do fenómeno da ansiedade; - Estimular o desenvolvimento de estratégias de gestão da ansiedade;	- Pede-se que ao grupo para se se coloque em círculo, sentando-se sobre os colchões. O dinamizador fala um pouco sobre a importância de manter a concentração, de utilizar técnicas de meditação para descobrir o local interior de cada um, um local de silêncio e paz; - Aqui enfatiza a importância que pode ter a	- Música; - Elementos do grupo; - Colchões; - Velas.	25 minutos

	- Promover a concentração.	utilização dos mantras como métodos de chegar a esse local; - Explicita como se processa a repetição do mantra, coloca o mantra no rádio, apaga as luzes e, junto com o grupo repete o mantra.		
	- Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson; - Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson.	- O dinamizador explicar em que consiste o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa; - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson.	- Rádio - Colchões - Elementos do grupo	35 minutos
Finalização	- Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade.	- O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada.	- Colchões - Elementos do grupo	15 minutos

PLANIFICAÇÃO DA QUINTA SESSÃO

Título: Quando me sinto ansioso... Duração: Aproximadamente 1h30m. Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E. Data: 28-01-2014 Hora: 9h				
Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	- Explicar os objectivos da quinta sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.	- Clarificar a temática e objectivos da sessão.	- Método expositivo;	5 minutos
Desenvolvimento	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido.	- Com o grupo em círculo, promover a partilha sobre o decorrido na sessão anterior.	- Exposição; - Elementos do grupo.	10 minutos
	- Promover a reflexão; - Facultar o desenvolvimento da identificação de manifestações da ansiedade de cada elemento do grupo; - Promover a partilha de experiências e sensações relacionadas com a ansiedade.	- Dispor os colchões em círculo, colocar música e dispor o material no centro do círculo; - Dar indicações ao grupo para que se coloquem nos colchões e, busquem no centro o material que querem utilizar; - Explicitar que se pretende que através desse material, por meio de expressão plástica, representem o que para eles é a ansiedade, enquanto fenómeno de vivência individual sendo que o boneco espelhado na folha é como que o seu eu; - É suposto que o grupo desenvolva esta actividade fazendo uso da cor e do desenho, não utilizando palavras nem expressões; - Quando todos tiverem elaborado os	- Rádio; - Colchões; - Material de desenho (folhas em forma de pessoa, lápis de cera, marcadores); - Elementos do grupo.	25 minutos

		trabalhos, solicita-se que, à vez, falem sobre os mesmos e o seu significado, mostrando-os ao grupo.		
	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson; - Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> - O dinamizador explica em que consiste o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa; - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rádio - Colchões - Elementos do grupo 	35 minutos
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões - Elementos do grupo 	15 minutos

PLANIFICAÇÃO DA SEXTA SESSÃO

Título: O que faço/sinto quando estou ansioso?!

Duração: Aproximadamente 1h30m.

Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E.

Data: 03-02-2014 **Hora:** 11h

Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	- Explanar os objectivos da sexta sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.	- Clarificar a temática e objectivos da sessão.	- Método expositivo;	5 minutos
Desenvolvimento	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido.	- Com o grupo em círculo, promover a partilha sobre o decorrido na sessão anterior.	- Exposição; - Elementos do grupo.	10 minutos
	- Identificar de forma individual e em grupo as possíveis manifestações da ansiedade; - Promover a compreensão da relação entre a ansiedade e as duas manifestações somáticas; - Promover a partilha de experiências e sentimentos relacionados com a vivência da ansiedade.	- Fornecer uma folha A4 a cada um dos elementos do grupo; - Solicita-se que os elementos do grupo elaborem, na folha disponibilizada, uma lista de tudo o que fazem/sentem quando estão ansiosos; - Posteriormente, é solicitado que releiam a lista e numerem o descrito, de acordo com o que mais os incomoda e afecta no quotidiano, sendo este iniciado pelo número 1; - No final pede-se a quem quiser, que clarifique o que elaborou.	- Folhas de papel A4; - Canetas; - Elementos do grupo.	25 minutos
	- Executar um mantra; - Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson;	- O dinamizador, propõem ao grupo a repetição de um mantra. Propõe um quebra-gelo em que, dispostos em círculo, todos escutam o mantra. À vez, cada um repetirá o	- Mantra - Rádio - Colchões - Elementos do grupo	35 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson. 	<p>escutado sendo que, no final todos deverão efectuar a repetição em conjunto;</p> <ul style="list-style-type: none"> - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson. 		
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões - Elementos do grupo 	15 minutos

PLANIFICAÇÃO DA SÉTIMA SESSÃO

Título: Como lidar com a minha ansiedade

Duração: Aproximadamente 1h30m.

Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E.

Data: 06-02-2014 **Hora:** 11h

Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	- Explicar os objectivos da sétima sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.	- Clarificar a temática e objectivos da sessão.	- Método expositivo;	5 minutos
Desenvolvimento	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido.	- Com o grupo em círculo, promover a partilha sobre o decorrido na sessão anterior.	- Exposição; - Elementos do grupo.	10 minutos
	- Identificar de forma individual e em grupo problemas que se relacionam com o desenvolvimento da ansiedade e eventuais soluções para os mesmos; - Promover a compreensão da relação entre o desencadear da ansiedade e as vivências diárias de cada indivíduo - Promover a partilha de experiências e sentimentos relacionados com a vivência da ansiedade e as soluções encetas para controle da mesma.	- É fornecida uma folha a cada participante onde constam duas colunas, uma correspondente aos problemas e outra às soluções; - É esperado que os elementos do grupo enumerem alguns problemas na sua vida que lhe causem ansiedade (p.e: finanças, trabalho, família...) colocando na segunda coluna hipóteses de soluções dos problemas; - Pede ao grupo que leiam para o grupo aquilo que escreveram, promovendo-se a partilha de modo a compreender se os restantes elementos estão de acordo com as soluções propostas ou se têm outras soluções.	- Folhas de papel; - Canetas; - Elementos do grupo.	25 minutos
	- Colocar em prática uma sessão	- O dinamizador explicar em que consiste o		35 minutos

	<p>de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson. 	<p>relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson. 		
Finalização	<ul style="list-style-type: none"> - Reflectir sobre a sessão; - Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da realização da intervenção face à gestão da ansiedade. 	<ul style="list-style-type: none"> - O animador incentiva a partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colchões - Elementos do grupo 	15 minutos

PLANIFICAÇÃO DA OITAVA SESSÃO

Título: O que mudou?!

Duração: Aproximadamente 1h30m.

Local: Edifício da Área de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de E.P.E.

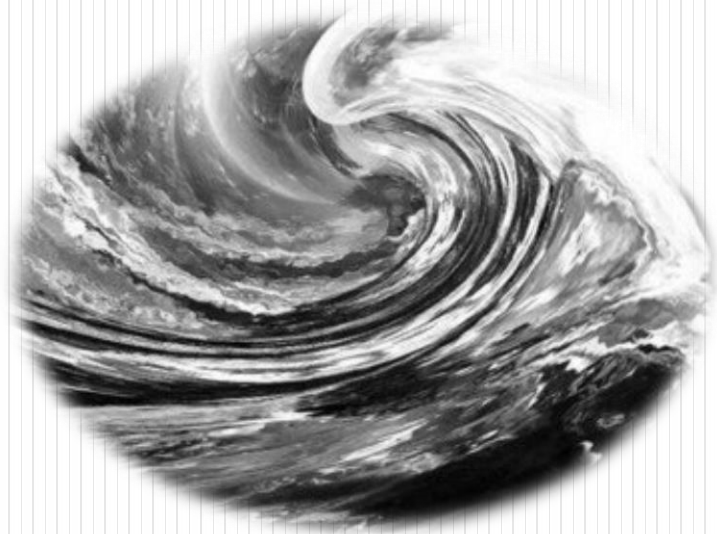
Data: 06-02-2014 **Hora:** 14h

Fase/momento	Objectivos	Descrição	Recursos a mobilizar	Tempo
Introdução	- Explicar os objectivos da oitava sessão, contextualizando-a face ao projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.	- Clarificar a temática e objectivos da sessão.	- Método expositivo;	5 minutos
Desenvolvimento	- Fomentar o envolvimento grupal e a adesão ao grupo; - Proporcionar espaço para partilha do vivido.	- Com o grupo em círculo, promover a partilha sobre o decorrido na sessão anterior.	- Exposição; - Elementos do grupo.	10 minutos
	- Reaplicar o Inventário da ansiedade estado-traço de Spielberger de modo a avaliar o impacto do projecto; - Solicitar que os elementos do grupo falem sobre o que para eles significou a participação neste projecto; - Facultar formulário de avaliação do projecto para que os indivíduos o possam preencher de forma anónima.	- É entregue uma folha a cada participante. - É pedido que cada um complete o texto como se estivesse a escrever uma carta a alguém que lhe seja próximo; - Na carta deve exprimir tudo o que sente, falar dos sentimentos/vivências acerca da ansiedade, como eram, como são, o que mudou e não mudou através da frequência das sessões e, de que modo, acham que seria o seu ideal; - Pede-se que leiam o descrito de forma a se auto consciencializarem; - No final, é pedido que cada elemento do grupo deite um grito libertador, rasgue a carta e a coloque no lixo de modo a libertar-se do passado de modo a caminhar para um futuro	- Papel e caneta; - Elementos do grupo.	25 minutos

		<p>onde a gestão da ansiedade seja efectuada de um modo mais eficaz.</p> <p>- Posteriormente, é pedido que, preencham novamente o Inventário da ansiedade estado-traço de Spielberger bem como o documento de avaliação do projecto.</p>		
	<p>- Colocar em prática uma sessão de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson;</p> <p>- Capacitar cada elemento do grupo para realizar autonomamente o método de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson.</p>	<p>- O dinamizador explicar em que consiste o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson e como se processa;</p> <p>- É proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson.</p>	<p>- Rádio</p> <p>- Colchões</p> <p>- Elementos do grupo</p>	35 minutos
Finalização	<p>- Promover a partilha de experiências e sentimentos relacionados com momentos vividos ou despoletados pela frequência do projecto de intervenções de enfermagem para gestão da ansiedade.</p> <p>- Demonstrar disponibilidade e abertura para escutar cada pessoa;</p> <p>- Proceder ao término do projecto.</p>	<p>- Os elementos do grupo dispõem-se em círculo. O dinamizador começa fazendo um breve apontamento sobre a realização do projecto e sobre o percurso decorrido através das sessões. Posteriormente, solicita que os participantes imaginem um saco cheio de coisas no centro do círculo. Pede-se que o círculo se feche cada vez mais e que os participantes se unam, dando as mãos direitas. À vez, é pedido que cada indivíduo expresse numa palavra o que para si foi participar no grupo. Com a mão esquerda colocará a palavra dentro do saco o qual simboliza o espírito de grupo. O dinamizador termina o grupo deixando uma mensagem de união.</p>	- Elementos do grupo	15 minutos

Intervenções de enfermagem na gestão da ansiedade

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Área de dia



Elaborado por:
Neuza Coelho (aluna da ESMP)

Enfº Orientador:
Enfº Simão José

Janeiro 2014

Objectivos

- Explicar os objectivos do projecto de intervenção em enfermagem;
- Contextualizar as sessões do projecto tendo em conta a gestão da ansiedade;
- Dar a conhecer a metodologia que se pretende utilizar no projecto;
- Introduzir o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson.

Projecto de intervenção

- Experiência profissional num serviço de internamento de Psiquiatria de agudos;
- Prevalência do fenómeno de ansiedade na sociedade actual;
- Aumento do consumo de ansiolíticos;
- Pertinência da mobilização de estratégias não farmacológicas.

Projecto de intervenção

- Aumentar a consciência de si;
- Conhecer estratégias que visem a diminuição de sensações associadas à ansiedade (aumento da tranquilidade e da sensação de relaxamento);
- Aumento da capacidade para enfrentar situações do dia-a-dia.

Projecto de intervenção

- **Abordagem cognitivo-comportamental:**
 - Aumento do conhecimento face ao fenómeno ansiedade (origem, manutenção, tratamento);
 - Ensino de determinadas aptidões com o objectivo de eliminar os comportamentos de fuga, evitação bem como, minimizar as respostas ansiosas, isto é, convertendo respostas negativas em positivas.

Ansiedade e depressão

- 15% da população em geral sofre destas situações durante o período de um ano;
- Semelhanças a nível fisiopatológico (alterações do sistema serotoninérgico) e terapêutico.

Ansiedade

- Prevalência de 18-35.1% das perturbações da ansiedade;
- Pode comportar níveis reduzidos de qualidade de vida e piores *outcomes* nos clientes.

“Os estados ansiosos contribuem com 67% para a taxa de morbilidade psiquiátrica, com 18% para as admissões em hospitais psiquiátricos e com 43% para as consultas externas de psiquiatria”

Schryer (1994, p.20)

Inventário de ansiedade estado-traço

STAIT - Y

- Criada em 1970 por Spielberger e validada para a população portuguesa em 2003 por Danilo Silva (psicólogo);
- Instrumento de auto-avaliação;
- Composta por 40 itens;
- Avalia a ansiedade estado e a ansiedade traço.

Relaxamento

“um método, processo, procedimento ou actividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado ou reduzir os níveis de stress, ansiedade ou raiva”

(OE, 2011a, p.17)

- Pode ser encarado com um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz, alívio de tensão, ansiedade e medo.

Relaxamento muscular progressivo

- Desenvolvida nos anos 20 pelo psiquiatra americano Edmund Jacobson.
- O principal pressuposto é que, alternando a tensão com o relaxamento dos músculos, é possível reduzir o stress e a ansiedade.

(Vargogli & Darviri, 2011)

- Respiração enquanto método de indução do relaxamento.

Referências bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (OE) – Assembleia do colégio da especialidade de enfermagem
- saúde mental e psiquiátrica (2011a). *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prática para profissionais de*
- *saúde*. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional).
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em Medicina – Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*. 22. 89-98. Acedido a 2-6-2013. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/1/089-098.pdf>
- Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. 2ª Ed. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Schryer, J. (1994). Tratamento não farmacológico da ansiedade. *Update*. 6. 68. 20-24.
- Varvogli, L. & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence. Based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. Vol. 5. Issue 2. 74-81. Acedido a 05-05-2013. Disponível em <http://www.hsj.gr/volume5/issue2/521.pdf>.

O que é isto da ansiedade?

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Área de dia



Elaborado por:
Neuza Coelho (aluna da ESMP)

Enfº Orientador:
Enfº Simão José

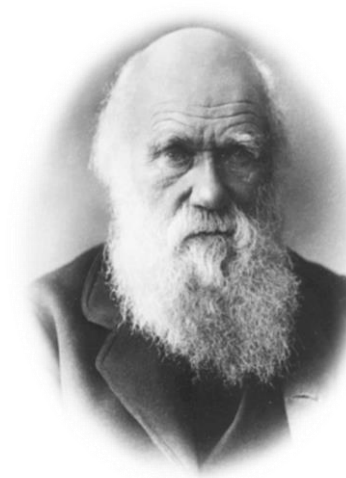
Janeiro 2014

Objectivos

- Clarificar o conceito ansiedade;
- Promover a auto consciencialização acerca do fenómeno da ansiedade;
- Proporcionar espaço para partilha do vivido.

Ansiedade

- **Landré-Beauvais** (1813): certo mal-estar, inquietude e agitação excessiva
- **Darwin** (1873): a ansiedade era comum a todas as espécies animais funcionando como um mecanismo adaptativo para lidar com as ameaças e lutar pela sobrevivência.



Ansiedade

- *“sentimento vago e incómodo de desconforto ou temor acompanhado por uma resposta autonómica (a causa é muitas vezes não-específica ou desconhecida para o indivíduo); um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que desperta a atenção para um perigo eminente e capacita o indivíduo para tomar medidas para lidar com a ameaça”*

(NANDA)

Ansiedade

- É uma **mistura de emoções** onde se pode englobar:

- Medo
- Tristeza
- Excitação
- Interesse
- Vergonha
- Culpa



- Pode variar ao longo do tempo e/ou de acordo com os desencadeadores sendo por isso de difícil definição

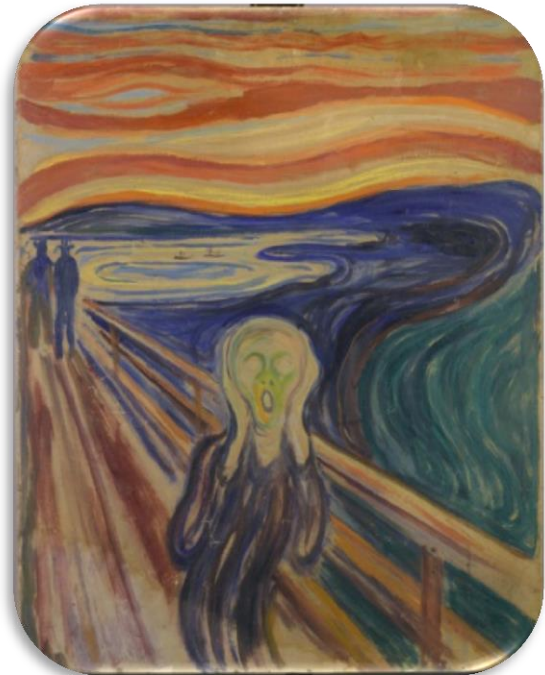
Ansiedade

- Característica inerente ao ser humano que se manifesta face ao perigo ou ameaça.
- Quando ocorre em situações específicas de perigo/ameaça, actua como mecanismo adaptativo.



Ansiedade

- Torna-se problemática quando se manifesta sem fundamento real começando a interferir com a capacidade do indivíduo satisfazer as suas necessidades básicas.



Modelo de ansiedade de Goldstein

- Percepção subjectiva que o indivíduo detém sobre determinada situação catastrófica sendo esta, qualquer situação considerada como ameaça à sua existência.



Modelos de ansiedade de Lazarus

- A ansiedade é vista como orientada para um estímulo surgindo após o indivíduo o avaliar como potencialmente stressante sendo os seus recursos insuficientes para lhe fazer face.



Modelos de ansiedade estado-traço

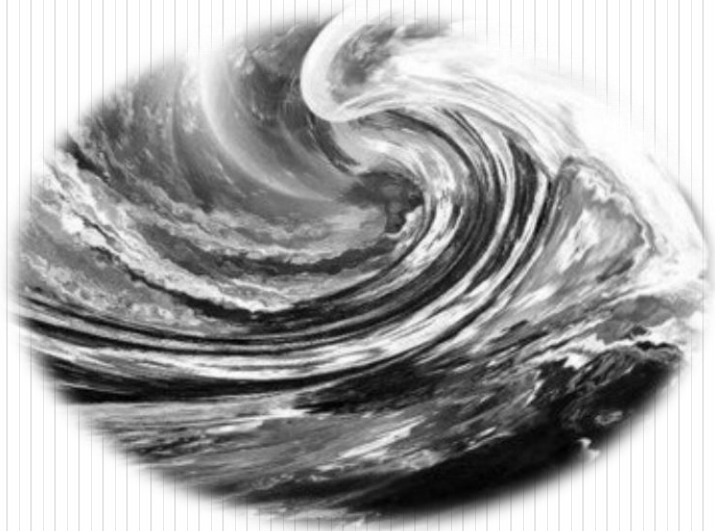
- Desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e, posteriormente por Spielberger (1972).
- Considera dois aspectos distintos da ansiedade:
 - estado emocional transitório (ansiedade estado);
 - estado mais duradouro, associado à personalidade dos indivíduos (ansiedade traço).



KEEP
CALM
AND
RELAX

Manifestações da ansiedade

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Área de dia



Elaborado por:
Neuza Coelho (aluna da ESMP)

Enfº Orientador:
Enfº Simão José

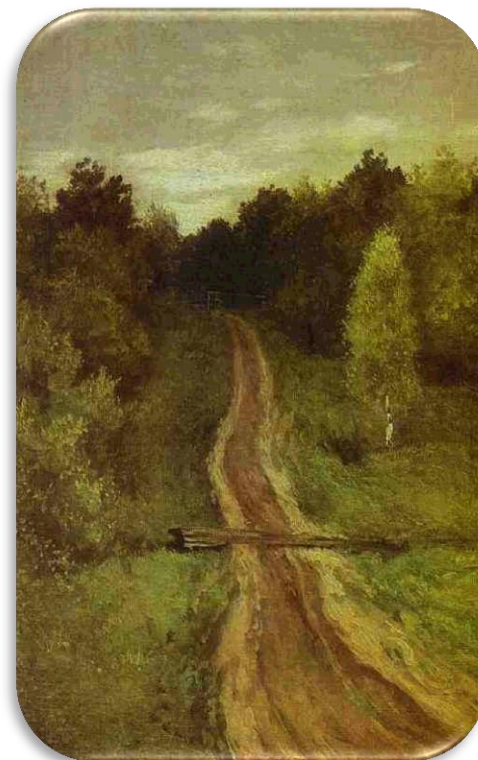
Janeiro 2014

Objectivos

- Identificar manifestações do fenómeno ansiedade;
- Explorar as manifestações da ansiedade;
- Estimular a reflexão.

Manifestações da ansiedade

- A ansiedade pode manifestar-se de modo constante ou sob a forma de crises abruptas.



Ansiedade (resposta luta-fuga)

- Aumento da estimulação do sistema nervoso autónomo



Regulação da resposta do indivíduo



Ansiedade (manifestações psíquicas)

- Caracterizadas pela sua subjectividade;
- São difíceis de descrever;
- Variam de pessoa para pessoa.



“sinto-me inquieto por dentro”

“estou apreensivo em relação a algo mas não sei o quê”

“não consigo estar em lado nenhum, não estou bem”

“tento fazer as coisas mas não consigo”

Ansiedade (manifestações psíquicas)

- Estar sempre tenso, com medo ou preocupado
- Sensação de que algo mau vai acontecer
- Pavor de alguma situação em particular
- Descontrolo sobre os próprios pensamentos
- Preocupação exagerada
- Sensação de descontrolo

Ansiedade (somatizações)

- Quando as pessoas convertem a ansiedade em problemas físicos que não são explicados por qualquer patologia orgânica.
- Cerca da metade das pessoas com ansiedade sofrem de sintomas físicos, normalmente localizados nos intestinos e no peito.

Sintomas físicos

- Estão reportados pelos indivíduos mais de 200 sintomas associados a estados ansiosos.
- Isto não significa que uma pessoa está mais ou menos doente que outra mas sim que todos nós somos diferentes de várias maneiras e, perante fenómenos como a ansiedade, reagimos de formas distintas.

Sintomas físicos

- Fadiga
- Insónia
- Falta de ar/sensação de sufoco
- Picadas nas mãos/pés
- Confusão
- Instabilidade /sensação de desmaio



Sintomas físicos

- Dores no peito e palpitações
- Afrontamentos, arrepios, frio, mãos húmidas
- Boca seca
- Contracções ou tremores incontrolláveis
- Tensão/dores musculares
- Necessidade urgente de defecar ou urinar



Sintomas físicos

- Dificuldade em engolir
- Sensação de ter um “nó” na garganta
- Dificuldades para relaxar
- Dificuldades para dormir
- Leva tontura/vertigem
- Vômitos incontroláveis
- Sensação de impotência

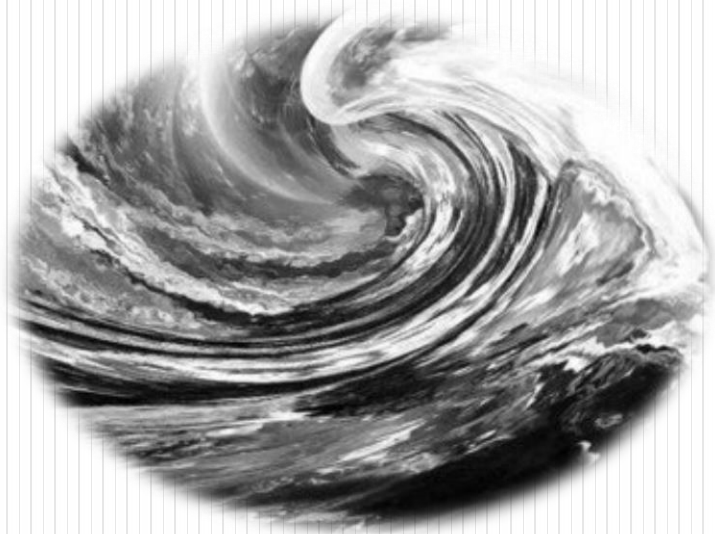




vladman.net

Impacto da ansiedade

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Área de dia



Elaborado por:
Neuza Coelho (aluna da ESMP)

Enfº Orientador:
Enfº Simão José

Janeiro 2014

Objectivos

- Clarificar as características das várias perturbações da ansiedade;
- Explicitar o impacto que a ansiedade pode ter no quotidiano dos indivíduos.

Perturbações da ansiedade

- Psicose vs. **Neurose** (cada vez menos utilizados)



- Relativo aos “nervos”;
- Sintomas emocionais, cognitivos, comportamentais e somáticos estando muitas vezes relacionados com um stressor externo;
- Atingem cerca de 15% da população;
- São 2 vezes mais comuns na mulher que no homem;
- O aparecimento dá-se, geralmente, entre o início da idade adulta e a meia idade.

Perturbações da ansiedade

- Neuroses dominadas pela emoção/ansiedade, por pensamentos ansiosos e recorrentes, comportamentos de evitamento e sintomas físicos de activação simpática.



Perturbações da ansiedade

- **Ansiedade fóbica**
- Perturbação de pânico
- Perturbação da ansiedade generalizada



Ansiedade fóbica



- Situacional
- Pode ser desencadeada por um receio pouco específico ou específico
- Caracterizada por um evitamento marcado das situações associadas a esse estímulo

Perturbações da ansiedade

- Ansiedade fóbica
- **Perturbação de pânico**
- Perturbação da ansiedade generalizada



Perturbação de pânico

- Caracterizada pela presença de **ataques de pânico**, ou seja, episódios de ansiedade paroxística (crise) graves com sintomas somáticos proeminentes e sentimentos desagradáveis de despersonalização ou desrealização.



Ataque de pânico

- Reacção do organismo que ocorre subitamente sendo imprevisível e inesperado.
- O ataque de pânico dura, geralmente, cerca de 10 minutos após o que as pessoas se podem sentir assustadas e com vergonha.
- O ataque de pânico afecta cerca de 3,5% da população mundial.

Perturbações da ansiedade

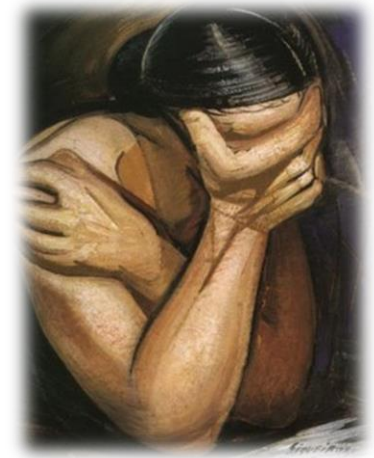
- Ansiedade fóbica
- Perturbação de pânico
- **Perturbação da ansiedade generalizada**



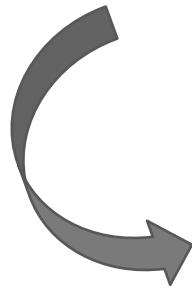
Perturbação da ansiedade generalizada

- Síndrome de ansiedade persistente associada a preocupação incontrolável e excessiva
- Sintomas somáticos crónicos
- Cognição: preocupação excessiva, desproporcionada e incontrolável
- Comportamento: facilmente alarmado e impaciente

Impacto da ansiedade

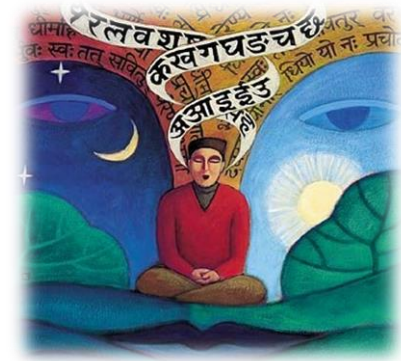


- Baixa de auto-estima
- Perda da capacidade para realizar determinadas actividades
- Impede que a pessoa desenvolva o seu potencial intelectual e a sua inteligência social



Consequências no desempenho de papéis

Estratégias para gestão da ansiedade



- **Mantra**

- O termo é uma palavra em sânscrito que significa ‘controle da mente’.
- É uma formula recitada ou cantada repetidamente pelos fiéis de certas correntes budistas e hinduístas de forma a auxiliar a concentração durante a meditação.

